Tom I. *Marzec 1899.* № 3.

CZASOPISMO LEKARSKIE

Przypadek urazu nerki.

Podał Dr. med. P. Schroeter (Pabianice).

Mylnem byłoby mniemanie, że przyczynek do kazuistyki obrażeń nerek jest obecnie rzeczą zbyteczną. Wprawdzie rozporządzamy dość poważnym materjałem, składającym się więcej niż z 300 opisów, nie zdołały jednak one dotąd dostatecznie zgłębić wskazań leczniczych przy tem cierpieniu. Dla nas, którzy opuściliśmy stanowisko wyczekujące od czasu Simona i innych, kwestja operacyjnego leczenia jest niewątpliwie „kwestją palącą." I oto rozdział ten wymaga dokładniejszego ugrupowania odnośnych spostrzeżeń. Jakiego rodzaju przypadki krwotoków nerkowych urazowego pochodzenia wymagają zabiegów operacyjnych, w jakich zaś zadawalniać się mamy „leczeniem" wyczekującem — tego na zasadzie dotychczasowej kazuistyki określić nie jesteśmy w stanie; pole działania dla indywidualności chirurga jest jeszcze zbyt wielkie. Dopiero znaczniejsza liczba spostrzeżeń upoważni do przyznania wyższości tej lub owej metodzie leczenia i umożliwi postawienie ściśle określonych wskazań leczenia, głównie— operacyjnego. Kazuistyka przypadków sposobem operacyjnym leczonych od czasów Simona jest jeszcze tak skąpą, że nie może zadosyć uczynić ściślejszym wymaganiom.

Jeżeli stoimy wobec przypadku rany otrzewnej i wylewu krwi, czystej lub zmieszanej z moczem, do jamy brzusznej, odpowiedź na pytanie: co robić — jest dosyć prostą i łatwą: operować! Choćby krwotok, jako taki, nie spowodował śmiertelnego zejścia, to jednak skutki, jakie za sobą pociąga wylew krwi i moczu do jamy otrzewnej są zbyt groźne, by im nie starać się zapobiedz. Możemy wtedy powiedzieć: chory wskutek obrażenia umrzeć musi, jeżeli przez odpowiedni rękoczyn chirurgiczny nie doprowadzimy rany do korzystniejszych warunków.

Przy nieskomplikowanych obrażeniach nerek, bez rany otrzewnej, urazem wywołany krwotok może być w tym stopniu silny, że staje się bezpośrednio niebezpiecznym dla życia chorego; wtedy sam krwotok, jako taki, może wymagać chirurgicznej interwencji. Wypada jedynie odpowiedzieć na pytanie, czy i kiedy w takich razach operować; doświadczenie bowiem uczy, że i bez operacji widywano zejście pomyślne. Istnieje jednak drugi rodzaj krwotoków—sit venia verbo— krwotoków przewlekłych, przebiegających ciągle lub z przerwami; w tych razach decyzja co do operacji zależy zupełnie od indywidualnych poglądów lekarza. Czy ma on operować, jeśli wie, że tygodniami całymi trwające krwotoki osłabiły wprawdzie ustrój chorego, lecz go nie zgubiły? Według Küstera z 9 przypadków, w których przystąpiono do operacji z powodu krwotoku, nastąpiło wyzdrowienie w 7, a śmierć w 2 wypadkach.

Stanowiłoby to 22,2% śmiertelności; liczba ta zostaje zniżoną do 19,4% przez najnowsze zestawienie odnośnych przypadków w pracy Nasse'go. Jeżeli bowiem dodamy do 9 przypadków Küstera jeszcze 12 podanych przez Nasse'go z 2 śmiertelnemi zejściami, to otrzymamy w obliczeniu odsetkowem inną cyfrę. W dziele Küstera znajdujemy dalej wzmiankę, że na 222 przypadków niepowikłanych obrażeń nerek— 30 zakończyło się śmiercią wskutek krwotoku; więc odsetek śmiertelności w przypadkach, w których nie zastosowano chirurgicznego zabiegu wynosił 13,5%. Tym sposobem statystyka przypadków sposobem chirurgicznym leczonych przedstawia się — quoad eventum faustum — o wiele gorzej od statystyki przypadków, w których leczenie było wyczekującem. Nie możemy uważać jednakże wniosku wypływającego z tych danych statystycznych za miarodajny, nasuwają się bowiem pewne zastrzeżenia, a mianowicie: jedna i druga statystyka nie są liczebnie równe; powtóre, należy zwrócić na to uwagę, że jedna z tych dwóch statystyk składa się oczywiście tylko z „ciężkich przypadków", bo prawdopodobnie uciekano się do operacji tylko w przypadkach poważnych — w przypadkach, które bez operacji zakończyłyby się niepomyślnie. Dla wyjaśnienia kwestji dopełnić musimy istniejącą liczbę spostrzeżeń. Z tej właśnie przyczyny opis następującego przypadku ogłaszam.

W dniu 18 listopada roku zaprzeszłego o godzinie 9 wieczorem zawezwany zostałem do robotnika Jana Z. Zastałem mężczyznę 25-letniego; robił on wrażenie poważnie chorego. Z wielkim wysiłkiem mógł zdać mi krótką relację o wypadku, który go spotkał; wskutek silnych bólów i wielkiego osłabienia mówić był w stanie tylko z częstemi przerwami. Dowiedziałem się od poszkodowanego, że około 7 godziny wieczorem upadł lewym bokiem na żelazną rurę, znajdującą

się w rowie. W tejże chwili uczuł silny ból, nie stracił jednakże przytomności, nie zwymiotował i przeleżał w rowie około 5—10 minut. Udało mu się wkońcu wydostać z rowu i po krótkim odpoczynku przystąpić znowu do roboty (i to dosyć ciężkiej). Stan jego stopniowo się pogarszał; coraz silniejszy ból i wzmagające się osłabienie zmusiły go do porzucenia pracy. Chorego umieszczono w pokoju fabrycznym, gdzie wkrótce potem nastąpiły wymioty. Po upływie $^1/_2$ godziny chorego przeniesiono do szpitala z zachowaniem wszelkich ostrożności. Wskutek poważnego stanu chorego ograniczyć się musiałem pobieżnem tylko badaniem. Chory bardzo niespokojny, jęczy i uskarża się ustawicznie na silne bóle w lewej połowie brzucha. Tętno 60, miarowe, nieco słabe. Ciepłota 35,°8. Źrenice nie rozszerzone, reagują prawidłowo; na bladej twarzy nieco zimnego potu; kończyny chłodne. W lewej połowie brzucha znajdujemy guz, którego brzeg wewnętrzny (medialis) przechodzi po za przedłużoną linję sutkową lewą i który ciągnie się od łuku żebrowego aż do więzu Pouparta, w kierunku z góry i zewnątrz ku dołowi na wewnątrz. Guz twardy, o powierzchni równej; najlżejszy ucisk na guz wywołuje ból nieznośny. Guz jest nieruchomy, skóra w okolicy guza niezmieniona i nad guzem daje się przesuwać. Opukiwanie daje odgłos tępy. Okolica pęcherza moczowego bolesna. Na glans penis niewielkie starcia. Prawa połowa brzucha niebolesna; w niej nie znajdujemy przy badaniu nic nieprawidłowego. Żebra, zdaje się, nie uległy uszkodzeniu. Przy opukiwaniu i osłuchiwaniu przedniej ściany klatki piersiowej — żadnych objawów chorobowych. Chory nie jest w stanie oddać moczu. Po możliwie dokładnem odkażeniu skóry członka i żołędzi wypuszczono za pomocą wyjałowionego kateteru około 250 ctm. sześciennych prawie czystej płynnej krwi.

Wywiady wykazały, że chory pochodzi z rodziny nie obarczonej dziedzicznemi chorobami, że nie chorował na weneryczną chorobę, że nie uległ dotychczas zadnemu nieszczęśliwemu wypadkowi, nie miewał krwotoków (osobliwie krwawego moczu), nie chorował na opuchlinę kończyn — jednem słowem, że dotychczas służyło mu zdrowie.

Na proponowaną operację chory się nie zgodził.

Dalszy przebieg był następujący:

W nocy chory nie spał, był bardzo niespokojny; wymioty występowały po użyciu płynów (herbaty, wina).

D. 19/XI chory nieco spokojniejszy; bóle cokolwiek się zmiejszyły. Wymioty powtarzały się w przeciągu dnia 2—3 razy po użyciu płynów. Tętno lepsze niż wczoraj. W jamie brzusznej płynu wolnego nie wykazano. Guz nie powiększył się.

D. 20/XI. Chory spał. Tętno silniejsze. Mdłości i wymioty nie powtórzyły się. Wypróżnienia ani wczoraj ani dziś nie było.

D. 21/XI. Śpi godzinami. Wymiotów i stolca nie było. Badanie przez kiszkę odchodową nic nie daje.

Choremu zapisano kalomel.

D. 22/XI. Kilka wypróżnień bez domieszki krwi. Chory wciąż uskarża się na bóle w okolicy guza.

Od 23/XI do 15/XII. Bóle trwają; chory częściej się poci. Łaknienie—słabe. Stolce miewa chory codziennie; czasami wypróżnienia są płynne, barwy normalnej. Tętno dosyć silne. Guz stanowczo się zmniejszył.

Od 16/XII — 31/XII. Bóle znacznie się zmniejszyły; guz też o wiele mniejszy. Chory czuje się lepiej; śpi dobrze; łaknienie poprawia się. W dniu 19 grudnia utworzył się w moczu osad ropny (około 100 ctm. sześc.); od tego dnia chory przestał się pocić. Do dnia 24/XII mocz był mniej lub więcej krwawy; od wypadku, t. j. od 18/XI do 24/XII naliczyłem 9 dni, w których mocz nie zawierał krwi. Ilość dobowa moczu wahała się między 700—1300 ctm. sześc.

Od 1/I—7/I 98 r. Chory wstaje, uskarża się jednak na ból w górnej $^{1}/_{3}$ części lewego biodra. Chory chodzi wolno, tułów jest nachylony ku lewemu biodru tak, jak to widzimy u chorych, cierpiących na psoitis. W głębi jamy brzusznej wyczuwa się tylko jeszcze resztka guzu. Wyprostowanie lewego biodra wywołuje ból, chory wskazuje przytem jako miejsce bólu lewy bok i górną część lewego biodra. Od 1/I mocz zupełnie czysty, bez ciałek czerwonych krwi i bez ropnych ciałek; nie zawiera białka. Ilość dobowa waha się między 800—1100 ctm. sześc.

Od 8/I—14/I. Chód chorego poprawił się; nachylenie tułowia ku lewej kończynie dolnej nie tak znaczne. Chory czuje się dobrze i prosi o wypisanie go ze szpitala.

W dniu 28 stycznia r. p. chory znów wraca do szpitala i prosi o dalsze wskazówki. Wynik badania następujący: silniejszy ucisk na lewą część brzucha jeszcze trochę bolesny, również jak ucisk na okolicę lędźwiową. W głębi jamy brzusznej (lewa strona) wyczuwa się tylko trochę silniejszy opór niż na prawej stronie brzucha. Chory użala się jeszcze na ból w górnej części lewego biodra, choć przy badaniu nie wyczuwa się nic nienormalnego. Nachylenie tułowia ku lewemu biodru nie tak znaczne, jak wtedy, gdy chory opuścił szpital. Mocz ciemno-żółtego koloru, zupełnie przezroczysty; ciężar gatunkowy 1022; nie zawiera białka ani cukru; badanie pod drobnowidzem nie wykazuje składników upostaciowanych.

D. 22/II. Chory chodzi zupełnie dobrze, trzyma się prosto; nie uskarża się na bóle (ani samoistne, ani przy ucisku na lewą połowę brzucha); robi wrażenie zupełnie zdrowego i silnego mężczyzny. Wypisuje się wreszcie w dniu 5 marca r. p. Wkrótce potem rozpoczął zwykłą swoją robotę.

Spojrzyjmy na przebieg choroby. O przebiegu tym, streściwszy go w kilku słowach, można powiedzieć, co następuje: po przejściu groźnego stanu, w jakim się znajdował chory w przeciągu dwóch pierwszych dni, rozpoczyna się 3-go dnia okres choroby gorączkowy, w dalszym przebiegu którego występowały często poty — okres z objawami charakteryzującymi ukrytą sprawę ropną, kończącą się z dniem przedziurawienia ropnia i wylania się płynu ropnego per vias naturales; zakończenie tworzy okres zdrowienia, kiedy jama ropnia (przy

szybkiem powracaniu ciepłoty do normy) wolno się zagoiła, a guz uległ zupełnemu wessaniu.

Nie uwzględniając rozdziałów symptomatologji i rozpoznania, pozwalam sobie jednak wypowiedzieć kilka słów, tyczących się leczenia krwotoków nerkowych urazowego pochodzenia i ropni nerkowych. Co się tyczy pytania, kiedy zmuszeni będziemy przy krwotokach przystąpić do operacji, sądzę, że natychmiastowa chirurgiczna interwencja w rzadkich tylko przypadkach będzie wskazaną — (mam na myśli naturalnie niepowikłane obrażenia nerek) — krwotok bowiem bezpośrednio po wypadku rzadko przybiera rozmiary, narażające życie poszkodowanego na niebezpieczeństwo. Dopóki tętno jest względnie dobre, dopóty zachowanie się nasze może być wyczekującem. Przy krwotokach przewlekłych liczyć się musimy przedewszystkiem z ogólnym stanem chorego; w tym to stanie szukać musimy wskazówek dla naszego postępowania. Ogólnie przyjętą zasadą zdaje się być ta: nietylko nie odkładać operacji do czasu wystąpienia niepokojących objawów zapaści, lecz uchwycić chwilę, kiedy siły chorego zaczynają słabnąć. Do takiej, bądź co bądź nieobojętnej, operacji, jaką jest cięcie nerkowe, chory rozporządzać musi pewnym zasobem sił, jeżeli operacja ta ma doprowadzić do pomyślnego wyniku.

Jak istnieją ropnie nerek, które samodzielnie się goją, po wydzieleniu się ropy drogą naturalną, istnieją również i ogniska krwawe, których zawartość po upływie pewnego czasu nagle się wydziela i które w końcu się goją. W takich przypadkach barwa moczu jest ciemno-czerwoną tak, że zdawać by się mogło, iż nastąpił powtórnie krwotok. Badanie pod mikroskopem wyjaśnia rzecz, gdyż brunatnego koloru osad przedstawia się jako zawierający brunatno zabarwiony rozpad, skrzepy włóknika, zwyrodniałe ciałka krwi, nabłonki nerkowe, czasami zmiażdżoną tkankę nerkową, jak to naprzykład miało miejsce w przypadku opisanym przez Nasse'go. Przypadki te dają równie pomyślne rokowanie, jeżeli nie pomyślniejsze od przypadków, w których ropnie opróżniają się drogą naturalną i w końcu się goją.

Przy operacji samej stosujemy szew lub też aseptyczną tamponadę, jeżeli obrażenie nerki nie jest zbyt znacznem i jeżeli nie nastąpiło zakażenie lub ropienie rany. Konieczność zupełnego usunięcia nerki okaże się wtedy, gdy nerka jest zupełnie zmiażdżoną lub gdy pień tętnicy nerkowej jest uszkodzonym. Zresztą, powinniśmy trzymać się stanowczo zasady konserwatywnej. W wypadkach, w których źródło krwotoku należy szukać w nerce samej, powierzchnia zaś jest nienaruszoną, cięcie przez nerkę odkryć powinno źródło krwotoku, a tamponada aseptyczna zatamować krwawienie. Czy do zatamowania

krwawienia przy obrażeniach nerek gorące powietrze okaże się środkiem pożytecznym — pokażą może doświadczenia przyszłości. W tym kierunku przez Schneider'a w chirurgicznej klinice (w Heidelbergu) na zwierzętach wykonane doświadczenia rokują pomyślnie o skuteczności tego środka.

Obok przypadków śmierci wskutek krwotoku stoją przypadki z zejściem śmiertelnem wskutek ropienia. Sprawa ropna odegrywa się albo w nerce samej lub też na tkance okołonerkowej. W naszym przypadku przedziurawienie ropnia nerkowego do miedniczki nastąpiło po upływie miesiąca od czasu wypadku i skończyło się wyzdrowieniem. Tego rodzaju pomyślny przebieg kilkakrotnie obserwowano. Przebicie się ropni nerkowych następuje czasem na zewnątrz (rzadko), a mianowicie wtedy, gdy ropnie te dochodzą do znacznej wielkości; następuje ono i do jamy otrzewnej lub też, po wytworzeniu się zrostów, do kiszki; przedziurawienie może nastąpić do worka opłucnej a nawet do płuc (to ostatnie w nader rzadkich wypadkach). Ropnie okołonerkowe mają więcej skłonności do posuwania się w przestworach międzymięśniowych ku skórze, osobliwie okolicy lędźwiowej lub pachwinowej. Jeżeli ropnie postępują ku skórze okolicy lędźwiowej, to spodziewać się należy ich wystąpienia w najsłabszych miejscach tej okolicy, w miejscach, w których (choć bardzo rzadko) rozwijają się przepukliny. Temi miejscami są: 1) trigonum Petiti, w którem mięśnie brzuszne nie stykają się z mięśniami grzbieta i którego podstawą jest crista ossis ilei; 2) rhombus lumbalis, t. j. miejsce znajdujące się pod 12-tem żebrem; jednakże w tem ostatniem miejscu ropnie rzadziej występują pod skórą, gdyż ropa łatwiej opuścić się może na dół do trójkąta Petit'a, wzdłuż mięśnia (m. latissimus dorsi), niż przebić tenże mięsień. Przebicie się ropni okołonerkowych może jednakże nastąpić i w sposób opisany wyżej. Po rozpoznaniu ropnia jesteśmy zmuszeni dotrzeć za pomocą odpowiedniego cięcia do siedliska jego, gdyż z jednej strony trudno przewidzieć, w jakim kierunku nastąpi przedziurawienie, z drugiej zaś strony — zwyczajne nakłócie jest zbyt niepewnym środkiem, choć w kilku przypadkach i ono okazało się wystarczającem.

Zbytecznem byłoby dodawać, że w przypadkach ropni postępowanie nasze zawsze winno być czynniejszem, aniżeli w przypadkach krwotoków urazowych.

Przyczynek do leczenia błonicy surowicą swoistą.

Podał Dr. F. Grodecki (z Pren).

Wśród spostrzeżeń o wpływie surowicy na przebieg spraw błoniczych dotąd w literaturze naszej spotykamy względnie niewiele spostrzeżeń o stosowaniu tego środka na prowincji; ta to właśnie okoliczność skłania mnie do podzielenia się wynikami, jakie otrzymałem w ciągu ostatnich 3 lat, zwłaszcza, że — jak się to niżej okaże — rezultat wypadł wcale dobry.

Ogólna liczba 72 chorych podług umiejscowienia sprawy chorobowej, wieku chorych i śmiertelności przedstawia się w ten sposób:

Wiek chorych	1896						1897						1898								UWAGI
	A		B		C		A		B		C		A		B		C		D		
	Leczyło się	Umarło	Leczyło się	Umarło	Leczyło się	Umarło	Leczyło się	Umarło	Leczyło się	Umarło	Leczyło się	Umarło	Leczyło się	Umarło	Leczyło się	Umarło	Leczyło się	Umarło	Leczyło się	Umarło	
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0	2	0	6	0	1	0	—	—	
2	—	—	—	—	2	1	—	—	1	0	—	—	2	0	4	0	2	0	—	—	
3	2	0	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0	1	0	—	—	4	0	—	—	
4	—	—	—	—	1	0	—	—	2	0	4	1	1	0	2	0	2	0	—	—	
5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	0	—	—	—	—	—	—	
6	2	0	—	—	1	0	—	—	—	—	2	0	1	0	1	0	—	—	—	—	
7	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0	—	—	2	0	—	—	1	1	—	—	
8	1	0	—	—	—	—	1	0	—	—	—	—	1	0	—	—	1	0	—	—	
11	1	0	1	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
12	—	—	—	—	1	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0	—	—	—	—	—	—	
17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0	—	—	—	—	—	—	
18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0	—	—	—	—	1	1	
20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0	—	—	—	—	—	—	
22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0	—	—	—	—	—	—	
24	—	—	—	—	—	—	1	0	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	
26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	
27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0	—	—	—	—	—	—	
Razem	6	0	1	0	5	1	2	0	4	0	10	2	19	1	13	0	11	1	1	1	

UWAGI:
A oznacza błonicę gardzieli.
B " " krtani.
C " " gardzieli i krtani.
D " " skóry.

Z tabliczki tu przytoczonej widzimy, że:

1) na 72 przypadki stosowania surowicy było zaledwie 6 śmierci, co stanowi 8,3%.

2) odsetka śmiertelności z każdym rokiem jest mniejsza, albowiem gdy w r. 1896 wynosi 16,75%, w roku 1897 zniża się do 12,5%, zaś w roku 1898 spada na 7%.

3) błonica gardzieli czysta na 27 leczonych dała 1 przypadek czyli 3,7% zejść śmiertelnych, błonica krtani na 18 leczonych 0 śmierci i nakoniec błonica gardzieli powikłana błonicą krtani na 26 leczonych — 4 śmierci czyli 15%. Wynika ztąd, że rokowanie przy niepowikłanej błonicy krtani jest najlepsze, przy błonicy zaś gardzieli powikłanej dławcem najgorsze.

Niemniej ciekawem jest zestawienie zejść śmiertelnych z czasem zastosowania surowicy; widzimy to w następującej tabelce:

W I dniu stosowania surowicy	na	9	przyp.	było	0	śmierci	
„ II „ „ „	„	24	„	„	0	„	
„ III „ „ „	„	31	„	„	4	„	czyli 13%
„ IV „ „ „	„	7	„	„	2	„	„ 25%
„ V „ „ „	„	1	„	„	0	„	

w danym więc wypadku potwierdza się w zupełności fakt, że im później nastąpi zastosowanie surowicy, tym mniej mamy szans na zejście pomyślne.

Przy bezwzględnem zaufaniu do surowicy, którą o ile tylko materjalny stan chorego pozwala, wstrzykują w odpowiedniej do natężenia sprawy chorobowej ilości (od 1000 do 3000 jednostek uodporniających), nie poprzestają nigdy na samej surowicy, jeżeli jest choćby najmniejsze wskazanie do zastosowania innych zabiegów leczniczych, jako to wziewań pary wodnej, leków wymiotnych lub podniecających, zwłaszcza zaś dobre wyniki dała mi kofeina w pełnych dawkach per os lub podskórnie w ciężkich przypadkach stosowana, w 2 zaś przypadkach pilokarpina w połączeniu z kofeiną Przy takiem postępowaniu nawet w bardzo ciężkich, niemal beznadziejnych, przypadkach udawało mi się wreszcie doczekać swoistego działania błonicy — z zejściem pomyślnem.

Z powikłań 1 raz spostrzegałem bezwład podniebienia miękkiego, który wystąpił w 2½ tygodnia po ukończeniu sprawy miejscowej. Zejście było pomyślne.

Dosyć często opowiadali mi chorzy o wysypkach, powstałych po surowicy.

Dla całości obrazu nie mogę się powstrzymać od podania, choć w krótkich wyrazach, przebiegu przypadków zakończonych śmiercią.

1) Józef J., 2 lata, przybył 2/VIII 96 r. na 3 dzień choroby; oddech chrapliwy z wciąganiem nadbrzusza i międzyżebrzy; mięśnie

pochyłe (m. m. scaleni) pracują usilnie, twarz sinawa, tętno ledwie wyczuwalne, zliczyć się nie daje; głos mocno ochrypły; źrenice rozszerzone. Ciepłota 36.8. Cała gardziel jakby wytynkowana grubym szarym nalotem. Śmierć nastąpiła w 8 godzin po zastrzyknięciu surowicy.

2) Adelina G., 4 lata, przybyła 29/IX 97 w 4 dniu choroby. Tętno 180, nitkowate; ciepłota 36.5; oddechów 42 na minutę; sinica twarzy. Objawy bardzo znacznego zwężenia dróg oddechowych. Miejscowe objawy jak wyżej. Śmierć nastąpiła w 6 godzin po zastosowaniu surowicy.

3) Wincenty H., 5 l., przybył 11/X 97 na 3 dzień choroby. Facies hypocratica; na bladej twarzyczce sinica; oddech, właściwiej mówiąc, charczenie, słychać o 10 kroków; wszystkie pomocnicze mięśnie oddechowe usilnie pracują. Tętno nitkowate, niezliczalne. W gardzieli objawy jak u № 1. Śmierć nastąpiła w 6 godzin po zastosowaniu surowicy.

4) Anna W., 7 l., przybyła 3/I 98 na 4 dzień choroby. Tętno 120, nitkowate, oddech świszczący, bezgłos. Wszystkie pomocnicze mięśnie oddechowe usilnie pracują. Sinica. W gardzieli objawy jak u № 1. Śmierć w 4 godziny po wstrzyknięciu surowicy.

5) Marcin P., l. 26, przybył na 3 dzień choroby. Ciepłota 39.8. Tętno 132, słabe. Obydwa migdały ogromnie opuchnięte, pokryte białym grubym nalotem, który przechodzi na łuki i języczek. Gruczoły podżuchwowe z obydwóch stron kolosalnie powiększone. Wstrzyknięto 1000 jednostek. Pomimo wszelkie moje przekonywanie, że ilość surowicy stanowczo jest za mała, że należałoby wstrzyknąć jeszcze ze 2000 jednostek, ojciec chorego dla braku środków rady mojej nie usłuchał. Chory zmarł w 38 godzin po zastosowaniu surowicy.

6) Katarzyna K., l. 28, przybyła 9/XI 98 na 4 dzień choroby. Ciepłota 40; tętno 126; powieki obydwu ócz przedstawiają się w postaci twardych sporych guzów barwy brudno-szarej; przykrywający je nalot jest gruby; przy próbach zdjęcia takowego dno owrzodzeń krwawi. Rozewrzeć powiek nie sposób, ze szpary powiekowej sączy się ropiasty żrący wysiąk. Twarz cała i gruczoły podżuchwowe z obydwu stron kolosalnie obrzękłe. Wstrzyknięto 1000 jednostek, miejscowo naznaczyłem okłady sublimatowe (1 : 4000 + 10$^0/_0$ natrii chlorati). I w danym przypadku chorej dla braku środków nie mogłem wstrzyknąć więcej nad 1 flaszeczkę surowicy. Śmierć nastąpiła w 46 godzin po zastrzyknięciu surowicy.

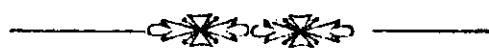
Z tego krótkiego sprawozdania widzimy, że, właściwie rzeczy biorąc, wszystkie owe zejścia śmiertelne nie mogą być policzone na karb nieskuteczności surowicy, która była zastosowana bądź zbyt późno, bądź w niewystarczającej ilości. Wogóle mniemam, że gdybyśmy mogli kiedyś doczekać się chwili, kiedy wszyscy bez wyjątku chorzy na błonicę, we wszelkich jej postaciach, dostawali się w ręce lekarzy we właściwym czasie, odsetka śmiertelności spadłaby jeżeli nie do zera, to w każdym razie do cyfr bardzo małych. Wielkie już

dziś zaufanie ludności wiejskiej do surowicy wzrasta z każdym pomyślnie zakończonym przypadkiem tak dalece, że najmniej nawet zamożni chorzy dziś już nie mogą sobie odmówić tego znakomitego środka. Niestety, dla wielu kupno 3 lub 2 flaszeczek tego leku jest często niemożliwe i należałoby pomyśleć o uprzystępnieniu jego dla najszerszych mas ludowych. W tym względzie nasze ciało lekarskie za pośrednictwem swych towarzystw powinnoby wystąpić do władz z podaniem o wyjednanie dla każdej gminy czy miasta pewnego kredytu na zakup surowicy dla najuboższych.

Doprowadzenie do skutku proponowanego tu projektu nie jedną ofiarę wydarłoby śmierci, a już przez to samo sowicieby się opłaciło.

Na zakończenie tych kilku słów dodać muszę, że rozpoznanie stawiałem na zasadzie danych klinicznych i do przytoczonej wyżej statystyki zaliczyłem tylko takie przypadki, w których wystąpiło swoiste, a tak charakterystyczne działanie surowicy.

Badanie drobnowidzowe w warunkach praktyki małomiasteczkowej jest wprost niemożliwe.



Epidemja duru brzusznego poronnego.

Podał Dr. **Arkadjusz Goldenberg** (z Biały Rawskiej).

W ciągu roku 1899 spostrzegałem w Białej 111 przypadków duru brzusznego, którego przebieg godzien jest bliższego opisu.

Choroba przebiegała w sposób taki: Chory, przeważnie człowiek wieku lat 17—35, wśród zupełnego zdrowia dostaje lekkich dreszczy, bólu głowy, czuje się osłabionym; nazajutrz—ciepłota do 40°, tętno, czasem dwubitne, uderza 100—120 razy na minutę, język obłożony, błona śluzowa na podniebieniu twardem, tuż za siekaczami, tworzy fałdy, brak łaknienia, przytomność zachowana. Taki stan trwa parę dni, przy zaparciu stolca. Język staje się żółtym, suchym, nawet czarnawym i popękanym. Około 7-go dnia choroby zjawia się wysypka, najpierw na krzyżu i pośladkach, potem na zewnętrzno-tylnej powierzchni bioder, później na plecach i piersiach, mniej zaś obfita — na brzuchu i kończynach. Wysypka przedstawia się jako różyczka; atoli już na drugi dzień zauważyć można oddzielnie leżące petocie (1 na 20 plam różyczkowych). Zaparcie ustępuje teraz miejsca rozwolnieniu, przyczem wypróżnień bywa 4 do 20 na dobę, a mają one

cechy, wybitnie durowi brzusznemu właściwe („zupa grochowa"); śledziona wyczuwa się o 2—3 palce niżej łuku żebrowego, rzadziej i mniej wyczuć można wątrobę; brzuch wzdęty; w oskrzelach objawy nieżytowe w stopniu umiarkowanym. Oddech — 35 do 40 na minutę, tętno albo 100—120 pełne, miarowe, czasem dwubitne, albo 130—140 słabe, przyczem bywało i niemiarowem. Chory zawsze przytomny, i tylko w chwili najwyższego podniesienia ciepłoty, które u jednych wypadało w nocy, u innych — we dnie, doznawali niektórzy chorzy silnego bólu głowy i bredzili; wybitna natomiast była wrażliwość bólowa: każde dotknięcie było bolesne. Kilka razy zauważono trudność przy otwieraniu ust i wysuwaniu języka, chociaż chorzy całkowicie zachowywali przytomność; napół przytomni chorzy czynili to nieraz prędzej i lepiej.

Od 12-go dnia choroby wysypka zaczyna znikać, 15-go niema jej już wcale, a 17-go ciepłota spada nagle do normy przy obfitych potach. Brak łaknienia, rozwolnienie, ogólne osłabienie — trwają jeszcze 4—5 dni, poczem chory je z wielkim apetytem, a 27—30-go dnia powraca do zajęć.

We wszystkich przypadkach, w których tętno od pierwszych dni przewyższało 140 uderzeń na minutę, było słabe i niemiarowe, zejście było śmiertelne (9%). Zmarli: kobieta 60-letnia, dnia choroby 30-go, wskutek zapalenia płuc; dziewczyna 18-letnia, dnia choroby 31-go, z powodu zapalenia płuc i osłabienia serca; dziewczyna 20-letnia, dnia choroby 16-go, przy ogólnych drgawkach i osłabieniu działalności serca; mężczyzna 30-letni, dnia choroby 20-go, przy objawach choreae minoris i osłabienia serca; przyczyną śmierci pozostałych było li tylko wyczerpanie serca; zmarli około 17-go dnia choroby. Objawów przedziurawienia kiszek nie było ani razu.

Nieliczne przypadki, w których zjawiały się objawy mózgowe, nie wykazywały wcale związku między natężeniem gorączki a tymi objawami. Tak np. objawy niepokoju, majaczenia zjawiły się u jednej 26-letniej kobiety 16-go dnia choroby i trwały aż do 23-go, pomimo że 17-go dnia choroby ciepłota spadła i nie podnosiła się już po nad normę ani razu. Z dwu mężczyzn, którzy jednocześnie zapadli, jeden przy przebiegu ciepłoty 38,°5—39,°5 miał objawy choreae minoris, był ciągle niespokojny i napół przytomny; drugi — przy ciepłocie, dochodzącej do 41°, był zawsze przytomny, sam sobie mierzył gorączkę, pamiętał jaką miał dnia poprzedniego i t. p. Wogóle, jak wspomniałem, objawy nerwowe rzadko spostrzegałem, pomimo gorączki wynoszącej przeciętnie 40°C.

Jak widzimy, przebieg choroby w epidemji opisywanej odznaczał się: nagłym początkiem z dreszczami, obfitą wysypką i obecnością petoci, krótkim względnie trwaniem gorączki, która nagle spadała przy potach, bardzo umiarkowanymi objawami nerwowymi i, prawdopodobnie, umiarkowanemi zmianami w kiszkach (ani razu krwotoku, przedziurawienia).

Od duru plamistego różniły się te przypadki: obecnością we wszystkich — stolców grochowych, zarówno jak i brakiem poważniejszego i stałego zajęcia mózgowia. Był to więc dur brzuszny poronny, o którym mówi Liebermeister, że „cechuje go nagły początek, brak zwiastunów, nagłe podniesienie ciepłoty; czasem zaczyna się od dreszczy; gorączka trwa 14 dni.“

Epidemja jeszcze trwa i — trwać będzie, wobec porządków sanitarnych, jakie panują. Żydzi, pomimo rozporządzeń lekarza powiatowego i moich przestróg, czynią wszystko, by epidemję podsycać. O odosobnieniu chorych mowy niema; kto żyje, siada na łóżku i styka się z chorym; wobec braku ustępów — wypróżnienia (niewyjałowione) wylewane są na podwórze lub — przed dom.

Leczyłem tych chorych przeważnie wodą, mianowicie zawijaniami w prześcieradła, maczane w wodzie o ciepłocie 25—20°C.; chorzy byli, na ogół, z zabiegu tego bardzo zadowoleni. Próbowałem podawać salol (3 r. po 0,3), ale, prócz obniżenia ciepłoty, wpływu dodatniego nie widziałem.

Jedyną więc troską było podniesienie sprawności serca; dawałem kofeinę (czystą do 0,5, będźwinjan sodowy po 1,0, nawet 2,0 na dobę) — i ani razu śród 100 przypadków nie widziałem, by choć o włos poprawiło się po niej tętno; toż samo powiedzieć mogę o eterze i nalewce strofantu (może ten ostatni przetwór nie był u nas wyborowym); wino, często i w dużych dawkach podawane, też nie wielki wpływ wywierało; jedynie kamfora powodowała poprawę, która jednak prędko mijała. Tym sposobem stałem bezsilny wobec najgroźniejszego objawu choroby, przeciw której nie mamy środka swoistego.

Notatka z hygjeny przemysłu fabrycznego.

Podał Dr. **J. Brzeziński** (z Zawiercia).

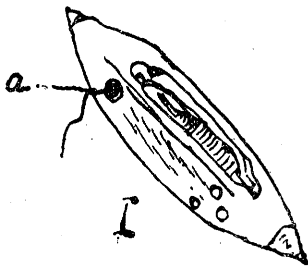
Czy przemysł fabryczny, który w myśl gorących pragnień ogółu coraz więcej się u nas rozwija, rzeczywiście jest takiem dobrodziejstwem? Czy zwiększając zamożność jednych, nie przyczynia się jednocześnie

do strasznego wzmożenia proletarjatu i zwyrodnienia fizycznego i moralnego ludności? Takie pytanie często zadaje sobie lekarz fabryczny, który z natury swoich obowiązków zmuszony jest zapoznać się z warunkami życiowemi ludności fabrycznej. Szczególnie natrętnie narzucają się te pytania tam, gdzie przemysł jest świeży, gdzie nie wytworzył się jeszcze, że tak powiem, typ dziedzicznego robotnika fabrycznego, gdzie ludność robocza składa się przeważnie z żywiołów napływowych wiejskich, które zmuszone są przystosować się do nowych, a bardzo odmiennych warunków bytu i pracy. Takie przystosowanie musi być trudnem, bolesnem i nie może się obejść bez ofiar, bo odbywa się zbyt szybko i bezwzględnie. Osobnik, wychowany na łonie czystej, wiejskiej natury, przy pracy, którą rozumie i która go interesuje, wśród otoczenia, gdzie zaledwie wegetują bardzo skromne pragnienia i pożądania, dostaje się odrazu wśród mury zabudowań fabrycznych, pełnych dymu i pyłu, łoskotu i zgrzytu maszyn, do pracy nużącej, automatycznej i dla niego niezrozumiałej, dostaje się wreszcie do otoczenia, składającego się zwykle z najrozmaitszych żywiołów, wśród których wrą i kipią silne namiętności i pożądania.

Przy takiem przejściu osobniki mało oporne nietylko same zwyradniają się fizycznie lub moralnie, lecz do rodzinnych stron przynoszą i szczepią gruźlicę, przymiot i demoralizację. Z tego względu sprawa ta nabiera bardzo doniosłego znaczenia społecznego i studjum o niej, oparte na dokładnych cyfrach, byłoby niezmiernie interesującem i na czasie. Niestety, zebranie dokładnych danych w tym względzie jest bardzo trudnem, prawie niemożliwem, i naszą opinję musimy oprzeć tylko na ogólnem wrażeniu, jakie otrzymujemy z codziennych faktów naszej praktyki.

Dla nas, jako lekarzy, w całej tej sprawie interesującą jest tylko jej strona fizyczna i dla tego jesteśmy o tyle szczęśliwsi, że propagując zasady hygjeny zawodowej i dążąc do zastosowania ich praktycznego, możemy w znacznym stopniu zmniejszyć zło, wiele organizmów chroniąc od zwyrodnienia.

Dziś pomówię tylko o jednym szczególe hygjeny zawodowej: o wpływie na organizm użycia czółenka tkackiego. Jest to, jak wszystkim wiadomo, przyrząd, stanowiący konieczną składową część każdego warsztatu tkackiego. Składa się z drewnianej oprawy kształtu czółna, ukrywającej w sobie żelazny szpindel, na który nakłada się szpulka z przędzą (rys. I),



Tkacz, zanim puści w ruch czółenko, musi koniec nici przeciągnąć przez otwór czyli oczko *a;* czynność tę dokonywa dotąd za pomocą wciągania powietrza ustami, które przykłada do oczka *a.* W tem właśnie przeciąganiu nici za pomocą aspiracji tkwi cała szkodliwość czółenka. Trzeba zauważyć, że w oczku zawsze znajduje się pewna ilość powstałego od tarcia nitki pyłu, który przez aspirację dostaje się bezpośrednio do oskrzeli. W dodatku, przeciąganie nitki odbywa się bardzo często, co zwiększa stopień zanieczyszczenia oskrzeli i powoduje zmęczenie mięśni oddechowych. Według obliczeń techników szpulka grubej przędzy wystarcza na $^3/_4$ minuty, czyli że tkacz 80 razy na godzinę musi zakładać nową szpulkę i przeciągać nitkę; przy cienkiej przędzy wystarczy założyć nową szpulkę 20 razy na godzinę. Ponieważ zwykle jeden tkacz robi na 2 warsztatach z grubą i cienką przędzą, przeto mniej więcej 100 razy na godzinę musi założyć nową szpulkę i tem samem wykonać aspirację. Nie biorę tu w rachubę, że bardzo często nitka się zrywa, co zmusza tkacza do nowej aspiracji, jak również tego, że z powodu zmęczenia mięśni oddechowych pod koniec dnia roboczego czynność ta bywa dokonywana niezręcznie, co wzmaga jeszcze jej częstość.

W każdym razie wykonać taką aspirację 100 razy na godzinę wystarczy, by znużyć mięśnie oddechowe i zanieczyścić pyłem oskrzela, a więc postawić płuca w warunkach bardzo dogodnych dla rozwoju rozmaitych chorób, zwłaszcza jeśli tkacz będzie miał do czynienia z daleko szkodliwszym pyłem bawełnianym. Nie należy również zapominać o tem, że przy częstej zmianie robotników czółenka przechodzą z rąk do rąk, a właściwie z ust do ust, i już przez to samo mogą przenosić różne choroby.

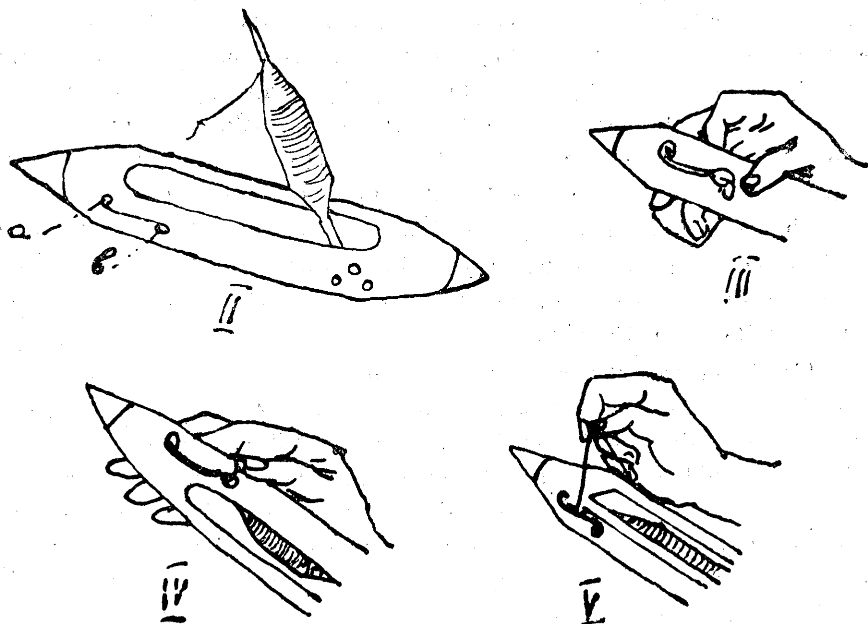
Dla sprawdzenia tych przypuszczeń przejrzałem księgę ambulatoryjną akcyjnej fabryki w Zawierciu za rok 1897. Nie przytaczam tu wszystkich cyfr, ponieważ nie są dokładne, nie zawierają bowiem chorych, leczących się w domu, w szpitalu i zasięgających porady w mieszkaniach lekarzy, mogą więc mieć tylko znaczenie porównawcze. Z obliczeń moich okazało się, że ilość porad, udzielonych w cierpieniach dróg oddechowych robotnikom z tkalni, wynosiła 15% ogólnej ilości tkaczów, ilość zaś porad w takichże cierpieniach robotnikom przędzalni, wyniosła tylko 11% ogólnej ich ilości. Te 4% różnicy należy wyłącznie złożyć na karb czółenka. Przypuszczam nawet, że czółenko powoduje więcej niż 4% zachorowań, i liczę się w tym względzie z dwiema okolicznościami: 1° powietrze w salach przędzalni, zwłaszcza w jej oddziałach przygotowawczych, jest daleko więcej zapylone, niż w salach tkalni, co bezwątpienia zwiększa ilość zachoro-

wań wśród robotników przędzalni; 2° tkacze płatni są od sztuki, przerywają więc sobie robotę dla zasięgnięcia porady lekarskiej tylko w razach istotnej potrzeby, gdy robotnicy przędzalni, płatni dziennie, radzą się często w bardzo bagatelnych cierpieniach i przez to niepotrzebnie zwiększają statystykę. Dodam jeszcze, że te 4% zawierają w sobie tylko cierpienia dróg oddechowych, a nie ulega wątpliwości, że praca w tkalni ujemnie wpływa także na żołądek. Tkacz przy robocie ma zawsze w ustach pył, który ze śliną dostaje się do żołądka i tam przez mechaniczne drażnienie, jako też przez to, że zawiera różne bakterje, powoduje nieżyt błony śluzowej. Uwzględniając te okoliczności, nie przesadzę, gdy obliczę ilość zachorowań w ciągu jednego roku, spowodowanych wyłącznie czółenkiem, na 10% w stosunku do ilości robotników.

Trzeba oddać sprawiedliwość technikom, że dużo pracowali nad tem, by czółenka zmodyfikować odpowiednio do wymagań hygjeny. Istnieje też wiele wynalazków w tym względzie, ale żaden z nich dotąd nie znalazł szerszego zastosowania praktycznego. Wszystkie wynalazki można podzielić na dwie kategorje. W jednej chciano zastąpić usta odpowiednio przystosowanemi pompkami ssącemi, co miało tę złą stronę, że zbyt komplikowało czynność przeciągania nitki: tkacz, który robi na akord, a więc się spieszy i przytem mało dba o hygjenę, wolał to zrobić ustami, jak szukać po kieszeniach pompki. W drugiej kategorji wynalazcy przecinali poprzecznie boczną ściankę czółenka aż do oczka *a* i przez powstałą w ten sposób szczelinę przeciągali nitkę palcami. Manipulacja więc była bardzo prosta, lecz wynalazki miały jakieś wady techniczne, powodujące zbyt częste zrywanie nitki.

W ubiegłym roku p. J. Maciejowski z Zawiercia opatentował swój wynalazek, który nie posiada powyższych braków i najprawdopodobniej znajdzie bardzo szerokie zastosowanie. Mamy tu modyfikacje następujące: w bocznej ściance czółenka zrobiono otwór *b*, od niego prowadzi wązka szczelina do otworu v. oczka *a* (rys. II), w którym znajduje się ślimakowato wygięta blaszka dla zapobieżenia cofaniu się nici do szczeliny. Przeciąganie nitki odbywa się w sposób bardzo prosty: wskazicielem prawej ręki tkacz przekłada koniec nici przez otwór *b* (rys. III), następnie odpowiednim ruchem dużego palca wydobywa ją na zewnątrz i przyciska do zewnętrznej powierzchni czółenka (rys. IV), poczem, uchwyciwszy nitkę dwoma palcami, przeciąga ją przez szczelinę do oczka *a* (rys. V). Cały rękoczyn przy pewnej

wprawie odbywa się prawie momentalnie. W fabryce akcyjnej w Zawierciu już kilkudziesięciu tkaczy używają czółenek pana M. i są z nich zupełnie zadowoleni.



Pozwoliłem sobie nieco szczegółowiej zatrzymać się nad techniczną stroną tkackiego czółenka, ale sądzę, że lekarzy interesuje wszystko, co ma na celu hygjenę. Technicy robią swoje, róbmyż i my, przekonywając odpowiednie sfery o konieczności wyrugowania z tkalni czółenek dawnego systemu.

W sprawie przytułków dla dzieci wiejskich NA CZAS ROBÓT POLNYCH.

Podał Dr. **A. Rząd.**

Myśl o zakładaniu przytułków dla dziatwy wiejskiej na czas robót polnych była już poruszaną w prasie niejednokrotnie. Nie wydała zaś dotąd żadnych wyników praktycznych dla tego, że nie była uwzględnianą należycie przez sfery, od których powołanie do życia podobnych zakładów głównie zależy. Po za znaczeniem społeczno-ekonomicznem, sprawa ta posiada wielką doniosłość ze względów hygjenicznych i w ten sposób powinien odczuć ją przedewszystkiem nasz świat lekarski. Jest to właśnie jedna z tych spraw, jakie wiążą się obecnie z naszem powołaniem i obowiązkami względem otoczenia.

Dłuższe pomijanie jej milczeniem byłoby nawet, że się tak wyrażę, niepolitycznem, gdyż ogół nasz coraz trzeźwiej patrzy na zadania, do których lecznictwo współczesne dąży, i na środki, którymi się posiłkuje. Jeżeli nawet w społeczeństwach ugruntowanych na innych, o wiele korzystniejszych niż nasze, podwalinach prawno-państwowych — prywatna inicjatywa lekarzy okazała się potrzebną, aby powstać mogły urządzenia w celu zachowania zdrowia i przedłużenia życia obywateli, to tem niezbędniejszą musi być potrzeba owej inicjatywy w trudnych warunkach bytu naszego. Wymownem poparciem słów moich może być historja rozwoju letnich przytułków wiejskich, które mnożą się szybko w Cesarstwie. Inicjatywa wyszła z najbardziej zapadłych kątów kraju, od jednostek mających z ludem najściślejsze stosunki. Gdy jeszcze przed 10-ciu laty dla założenia jednego przytułku potrzeba było niemało zabiegów i namowy, dzisiaj ziemstwa zakładają takie przytułki jakby na wyścigi.

Wiadomo, że w praktyce małomiasteczkowej i wiejskiej największa ilość pacjentów rekrutuje się z pośród dzieci. Jeżeli przeto można wogóle pozyskać przychylność otoczenia w jakichkolwiek sprawach, mających związek z medycyną, to właśnie sprawa przytułków dla dzieci wiejskich na czas robót polnych powinna znaleźć tam żywy oddźwięk. Nie łudzę się bynajmniej co do trudności, jakie dobra wola będzie miała do zwalczenia, gdy będzie chodziło o odpowiednią uchwałę gminy, lecz sądzę, że chociażbyśmy tymczasem pozyskali dla sprawy jednostki, że gdyby na początek zakłady, o których mowa, ujrzały światło dzienne kosztem ofiarności prywatnej, np. we dworach — dla służby folwarcznej, to już i tak rzecz warta zachodu. Nie powinniśmy przecież zapominać, że śmiertelność dzieci naszych do 5 lat życia jest bardzo znaczna, wynosi bowiem, nawet w okolicach o najlepszych warunkach zdrowotnych i ekonomicznych, — 37,5% (ob. S. Klarner, „Zdrowie“ z r. 1890), podczas kiedy odpowiedni odsetek dla Norwegji wynosi zaledwie 18; że owa śmiertelność jest właśnie najwyższa w porze wiosennej i letniej, kiedy w życiu dziecka wiejskiego brak opieki starszych daje się najbardziej odczuć, i że przytułki projektowane, jak to wykazują sprawozdania z odpowiednich zakładów w Cesarstwie, tę śmiertelność znacznie zmniejszają.

Wobec tego, iż koszt dziennego utrzymania dziecka w takim przytułku wynosi stosunkowo niewielką sumę (w Cesarstwie od $16^1/_2$ do $2^1/_2$ kop.), że o ludzi do doglądania przytułku byłoby też nie trudno, jestem przekonany, że wspólne usiłowania lekarzy prowincjonalnych wydadzą pożądane owoce, i w tem przekonaniu, jako pierwszy krok ku urzeczywistnieniu omawianej tu sprawy, pozwalam sobie za pośrednictwem „Czasopisma lekarskiego“ przesłać pod adresem kolegów, mających bezpośrednią styczność z życiem wiejskiem. prośbę o nadesłanie do redakcji tegoż pisma odpowiedzi na następujące pytania:

1) Czy w danej okolicy przytułki letnie są potrzebne?

2) Jakie są, w danych warunkach, najodpowiedniejsze sposoby założenia przytułku?

3) Czy znalazłoby się w tym celu pomieszczenie (szkółka, izba w zabudowaniach dworskich, izba wynajęta), czy trzebaby budować takowe umyślnie?

4) Czy dozorujących dla ochronki znajdzie się na miejscu, czy też trzebaby kogoś umyślnie w tym celu sprowadzać?

5) W ciągu ilu tygodni, i jakich, przytułek powinienby funkcjonować?

6) Od jakiego i do jakiego wieku dzieci powinny korzystać z przytułków?

Odpowiedzi na powyższe pytania wyjaśnią stopień potrzeby projektowanych przytułków w różnych okolicach kraju, oraz dadzą materjał do opracowania szczegółowego planu urządzenia, administrowania i racjonalnego prowadzenia instytucji, o których mowa.

Jednocześnie zaś dowiemy się, o ile w sprawie tej liczyć można na czynny udział lekarzy. Zdaje nam się bowiem, że w danych warunkach właśnie lekarze czynną inicjatywą w tym kierunku najwięcej zdziałać mogą, gdyż przeważa tu raczej ideja hygjeny, aniżeli społeczno-ekonomiczna. A, jak wspomniano, te dwie racje motywują konieczność tworzenia przytułków dla dzieci wiejskich na czas robót polnych.



Pomoc lekarska w fabrykach warszawskich.

Rzecz czytana na posiedzeniu Wydziału hygj. zawodow. i przemysł. War. Tow. Hyg. d. 23-II 99 r.

przez D-ra **K. Łazarowicza** (z Warszawy).

Dzięki uprzejmości pp. inspektorów fabrycznych jestem w posiadaniu danych, dotyczących pomocy lekarskiej w 210 fabrykach warszawskich. W liczbie tej znajdują się i fabryki za rogatkami Warszawy, mające jednak swych lekarzy w Warszawie, natomiast brak mi informacji o niektórych fabrykach warszawskich, jak np. o fabryce Lilpopa, Rudzkiego i innych.

Dane z tych 210 fabryk nie zawsze są pełne, gdyż czasami nie oznaczono np. ilości robotników, pracujących w danej fabryce, w innych—nie wymieniono ilości porad, udzielonych przez lekarza w ciągu roku, w poszczególnych więc wypadkach będzie figurowała cyfra mniejsza, niż 210.

Przy rozpatrywaniu posiadanych materjałów uderza przedewszystkiem często spotykany brak zainteresowania się sprawą pomocy lekarskiej dla robotników zarówno ze strony przemysłowców, jak i ze strony lekarzy fabrycznych. Bardzo często zarząd fabryczny nie wie, ile wydatkowano na pomoc lekarską, ile było udzielonych porad robotnikom. Lekarze zaś stosunkowo rzadko notują swych chorych i, o ile można sądzić z odpowiedzi na pytanie o chorobach zawodowych, spostrzeganych u robotników, przeważnie nie interesują się hygjeną robót, wpływem tych ostatnich na zdrowie robotników i t. d.

W fabrykach warszawskich pod względem pomocy lekarskiej panuje nadzwyczajna rozmaitość i wprost trudno jest pochwycić jakiś system wspólny. Zależy to od rozmaitości poglądów na sprawę pomocy lekarskiej wśród właścicieli lub dyrektorów fabryk, sprzyja zaś temu wszystkiemu nieokreśloność obowiązujących obecnie przepisów fabrycznych, dotyczących pomocy lekarskiej.

O pomocy lekarskiej dla chorych robotników istnieją następujące prawa:

1⁰ Najwyżej zatwierdzona d. 26 sierpnia 1866 roku uchwała Komitetu Ministrów, wydana jako środek tymczasowy z powodu istniejących w tym czasie chorób epidemicznych i nie zmieniona dotąd — wymagająca, aby w fabrykach i zakładach przemysłowych, mających 1000 robotników, był urządzony szpital na 10 łóżek; ponad 1000 robotników — 15 łóżek; mniej niż 1000 robotników — 5 łóżek i więcej: z takiem wyrachowaniem, aby 1 łóżko wypadało na 100 robotników.

2⁰ § 107 Ustawy Przemysłowej, zabraniający pobierać od robotników zapłaty za pomoc lekarską, przyczem Ministerjum Finansów wyjaśniło, że pod tym wyrazem „pomoc lekarska“ należy rozumieć nie tylko leczenie farmaceutyczne, ale też i warunki djetetyczne i hygjeniczne, pielęgnowanie chorego i t. d.

W każdem mieście gubernjalnem istnieje Komitet Gubernjalny do spraw fabrycznych („Gubernskoje po fabricznym diełam Prisutstwje“). Otóż Komitety te mają prawo wydawać przepisy, obowiązujące fabryki danej gubernji. Z przepisów wydany przez Komitet Warszawski (miejski) następujące dotyczą pomocy lekarskiej w fabrykach:

§ 4. Każda fabryka powinna być zaopatrzona w dostatecznym stopniu w środki opatrunkowe i krew tamujące.

§ 5. Pod słowem bezpłatna pomoc lekarska należy rozumieć, że każda fabryka, mająca nie mniej niż 100 robotników, obowiązana jest mieć stałego lekarza, felczera, ambulatorjum i powinna dawać bezpłatnie lekarstwa chorym.

Lekarz powinien o pewnej określonej godzinie (nie mniej niż 2 razy tygodniowo) odwiedzać fabrykę i leczyć chorych ambulansowych, oraz odwiedzać chorych robotników w mieszkaniu.

Felczer odwiedza fabrykę codziennie i pracuje pod kierunkiem lekarza.

Ambulatorjum jest to oddzielne pomieszczenie, gdzie może być podana pierwsza pomoc przy nieszczęśliwym wypadku w fabryce przed przeniesieniem chorego do szpitala miejskiego (zatrzymanie krwotoku, nałożenie opatrunku i t. d.).

Ambulatorjum nie jest szpitalem, w niem nie leczą, lecz podają pierwszą pomoc. W ambulatorjum istnieje 1 łóżko na każde 100 robotników danej fabryki.

§ 6. Wszystkie fabryki, mające t. zw. kasy szpitalne (Krankenkasse), powinny przedstawić swoje ustawy inspektorowi fabrycznemu i te z nich, w których dopłata właściciela nie pokrywa wydatków na pomoc lekarską (lekarz, felczer, apteka) powinny być zreorganizowane lub zamknięte. Kwestja zaś co do dalszego istnienia tych kas będzie pozostawiona do uznania władzy wyższej.

Oto i wszystkie przepisy prawa, dotyczące pomocy lekarskiej i obowiązujące fabryki warszawskie.

Rząd wprawdzie miał zamiar wydać prawa, dotyczące pomocy lekarskiej w fabrykach, dla całego Państwa i w 1892 roku Ministerjum Finansów powołało specjalną komisję pod przewodnictwem Ragozina, aby opracowała projekt tych praw. Komisja swój projekt opracowała, ale dotąd wszystko pozostało po dawnemu. Przytaczam tutaj ten projekt komisji w całości, gdyż wykazuje on, jakie zapatrywania ma pod tym względem rząd.

VI. Organizacja pomocy lekarskiej dla robotników i ich rodzin.

Właściciele fabryk i wogóle zakładów przemysłowych z wyjątkiem właścicieli zakładów przemysłowych, mających mniej, niż 16 robotników, i nie korzystających z motorów lub jakichkolwiek specjalnych urządzeń (kotłów, pieców i t. d.), obowiązani są zorganizować na swój koszt prawidłową pomoc lekarską dla swych robotników na następujących warunkach:

1. Niewielkie zakłady przemysłowe, mające nie więcej, niż 50 robotników, powinny urządzać tylko pokoje ambulatoryjne („prijomnyj pokoj") z 1 łóżkiem, które są odwiedzane przez felczera nie mniej, niż 2 razy tygodniowo. Takie jednak zakłady obowiązkowo muszą się porozumieć z najbliższymi zakładami leczniczymi o przyjmowanie chorych robotników na łóżka jednego z tych zakładów.

2. Przy ilości robotników od 50 do 500 zakłady przemysłowe niezależnie od pokoju ambulatoryjnego powinny mieć zabezpieczone pomieszczenie chorych robotników na łóżkach w swoim lub innym szpitalu, odległym od zakładu nie dalej, niż o 10 wiorst, jeżeli ilość robotników wynosi od 50 do 200 i nie dalej, niż o 5 wiorst, jeżeli robotników jest od 200 do 500.

3. Przy ilości robotników od 500 i więcej szpitale fabryczne powinny być urządzane w samych fabrykach i w takim stosunku, aby wypadało nie mniej, niż 1 łóżko na każdą setkę robotników.

UWAGA. Jeżeli takie fabryki znajdują się w promieniu nie więcej, niż 1—2 wiorst jedna od drugiej, to właścicielom ich dozwala się porozumieć między sobą i urządzić jeden wspólny szpital; z podaniami w tej kwestji fabrykanci zwracają się do właściwego Gubernatora lub do miejscowego Gubernjalnego Komitetu do spraw fabrycznych.

4. Szpitale fabryczne powinny zadosyć czynić wszystkim wymaganiom ustawy szpitalnej Ministerjum Spraw Wewn. i instrukcji dodatkowych tej ustawy.

5. Okręg szpitala fabrycznego ustanawia się po wspólnem rozpatrzeniu przez miejscowe komisje sanitarno-wykonawcze, przez fabrycznych inspektorów oraz właścicieli szpitala.

6. Jeżeli szpital fabryczny ma 10 i więcej łóżek, lekarz powinien mieszkać przy szpitalu, przy mniejszej ilości łóżek lekarz może mieszkać nie dalej, niż o 5 wiorst (jeżeli robotników posiada fabryka 500—1000), jeżeli zaś robotników jest mniej, niż 600, to nie dalej, niż o 10 wiorst i przytem lekarz obowiązkowo powinien odwiedzać szpital przynajmniej 3 razy tygodniowo.

7. Przy szpitalu oprócz ordynującego lekarza powinien być felczer i, jeżeli w fabryce pracują kobiety w liczbie nie mniej, niż 50 — felczerka-akuszerka.

8. W zakładach przemysłowych, w których pracujących kobiet jest nie mniej, niż 50, powinny być urządzane oddziały dla położnic z felczerką-akuszerką.

9. Przy szpitalu fabrycznym na 10 i więcej łóżek powinien być osobny oddział dla chorych zakaźnych i liczba łóżek tego oddziału nie wchodzi do ogólnej cyfry łóżek, obowiązujących fabrykę.

10. W tym wypadku, jeżeli fabryka lub zakład przemysłowy posiada 200—500 ludności robotniczej i znajduje się dalej, niż o 3 wiorsty od szpitala, w którym korzysta z łóżek, przy samej fabryce powinien być urządzony pokój ambulatoryjny, odwiedzany przez lekarza nie mniej, niż 2 razy tygodniowo.

11. Pokoje ambulatoryjne w fabrykach, mających 500—1000 robotników, są odwiedzane przez lekarza przynajmniej 3 razy tygodniowo, przy nich powinien być felczer lub felczerka-akuszerka.

12. Lekarze fabryczni niezależnie od przyjmowania i leczenia chorych, regestrowania nieszczęśliwych wypadków, podawania podług ustanowionej formy i w określone terminy danych o chorych do gubernjalnej komisji sanitarno-wykonawczej, do miejscowego inspektora fabrycznego i urzędu lekarskiego, mają bezpośredni dozór nad stanem sanitarnym gmachów fabrycznych, robót i wogóle nad warunkami, zapobiegającymi powstawaniu i szerzeniu się chorób zakaźnych w fabryce i w sąsiednich wioskach.

13. Przedsiębiorcy, eksploatujący torfowiska i kamieniołomy, właściciele cegielni są obowiązani organizować na czas trwania robót pomoc lekarską dla robotników podług wyżej wskazanych zasad.

Przejdźmy teraz do rozpatrzenia zebranych materjałów. Wszystkie te 210 fabryk warszawskich co do systemu pomocy lekarskiej można rozdzielić na 4 grupy.

1⁰ W 60 fabrykach, zatrudniających 9998 robotników stałych i 262 niestałych (z tej liczby 2 fabryki nie wykazały ilości swych robotników) bezpłatną pomoc na koszt fabryki otrzymują robotnicy i ich rodziny.

2⁰ W 92 fabrykach, zatrudniających 11018 robotników stałych i 642 niestałych (z tej liczby 4 fabryki nie wykazały ilości swych robotników) do bezpłatnej pomocy lekarskiej na koszt fabryki mają prawo tylko sami robotnicy bez rodzin.

W wyżej wymienionych fabrykach lekarze fabryczni pobierają stałą roczną pensję i są obowiązani odwiedzać raz lub 2 razy tygodniowo fabrykę, przyjmować chorych w ambulatorjum fabrycznem i u siebie w mieszkaniu, odwiedzać chorych w domach (niektóre fabryki płacą lekarzowi dodatkowe wynagrodzenie za wizyty w domach robotników).

3⁰ W 34 fabrykach, zatrudniających 1125 robotników stałych i 42 niestałych, lekarze stałej pensji nie mają, są zaś wynagradzani za każdą wizytę oddzielnie. Wynagrodzenie to bywa bardzo rozmaite i waha się od 50 kop. do 3 rubli.

4⁰ Wreszcie w 24 fabrykach, zatrudniających 466 robotników stałych i 74 niestałych, lekarz wcale nie bywa wzywany do chorych, w 5 zaś fabrykach z tej liczby czasami bywa wzywany do chorego na koszt fabryki felczer.

Do pierwszej kategorji należą fabryki większe, zatrudniające przeciętnie po 177 robotników (w 58 fabr. 9998 rob. stał. i 262 rob. niestałych).

W 2-ej kategorji fabryka przeciętnie ma 132 robotników, w 3-ej— 37 i wreszcie w 4-ej — 18 robotników.

Już tu nasuwa się pytanie: czy fabryka powinna dawać bezpłatną pomoc lekarską rodzinom robotników, czy nie. Jak widzieliśmy ani w 2 ogólnych paragrafach o pomocy lekarskiej w fabrykach, ani w przepisach Warszawskiego Komitetu niema żadnej wzmianki o rodzinach robotników.

W Rosji, przynajmniej w tych gubernjach, gdzie istnieją ziemstwa, fabryki muszą dawać bezpłatną pomoc i rodzinom robotników, ponieważ ziemstwa tego żądają.

Rzecz dziwna, że w rozporządzeniach komitetów gubernjalnych do spraw fabrycznych (o pomocy lekarskiej istnieją rozporządzenia komitetów: Petersburskiego, Moskiewskiego, Włodzimierskiego, Piotrkowskiego i Warszawskiego) wyraźnej wzmianki o rodzinach robotników niema, wszędzie mowa tylko o robotnikach lub robotnicach. Do pewnego stopnia jest wzmianka o tem w rozporządzeniach komitetu Moskiewskiego, gdy mowa o urządzeniu szpitali fabrycznych: „sale dla kobiet (w szpitalach) są wymagane tylko w tych fabrykach, gdzie pracują kobiety lub też są dopuszczani do pracy robotnicy familijni.“ Z tego więc możnaby wnioskować, że prawodawcy uważają do tego stopnia za rzecz naturalną, że rodziny robotników korzystają z tych

samych praw co do bezpłatnej pomocy lekarskiej, jakie przysługują i samym robotnikom, że nie uważano za potrzebne wzmiankować o tem.

Domysł ten potwierdza i redakcja projektu praw fabrycznych, opracowanego przez specjalną komisję pod przewodnictwem Ragozina. Tytuł tego projektu brzmi: „Organizacja pomocy lekarskiej dla robotników i ich rodzin“, w 13 jednak paragrafach tego projektu o rodzinach robotników niema wcale wzmianki, spotyka się zaś tylko wyrazy: robotnik i robotnica.

U nas dzieje się również coś podobnego: wszak owe 60 fabryk dobrowolnie zobowiązały się leczyć rodziny robotników, w tych zaś 92 fabrykach, gdzie lekarz leczy li tylko robotników, na pytanie, czy lekarz jest obowiązany leczyć rodziny, spotyka się często odpowiedź: „obowiązany nie jest, ale leczy.“ Według wszelkiej słuszności fabryki powinny dawać bezpłatną pomoc lekarską i rodzinom robotników, gdyż przeciętny robotnik przy skromnym swoim zarobku niema środków na kurację swych blizkich, dla fabryki zaś dopłata lekarzowi odpowiedniej sumki za zwiększoną pracę nic nie znaczy. Jestem pewien, że gdyby robotnicy zwrócili się do właściciela fabryki z prośbą, aby i ich rodziny korzystały z bezpłatnej pomocy lekarskiej, żadna fabryka tegoby im nie odmówiła. Dla czego jednak jest inaczej? Otóż przyczyn tego zjawiska należy szukać w warunkach miejscowych. W Warszawie bezpłatna pomoc lekarska jest tak szczodrze szafowana, że robotnicy nie bardzo dbają o swych lekarzy fabrycznych, bo zwróćmy tylko uwagę: przy wszystkich szpitalach warszawskich funkcjonują bezpłatne ambulanse, Czerwony Krzyż ma swe ambulatorja bezpłatne w paru punktach, istnieją również 4 bezpłatne lecznice, utrzymywane przez prywatne osoby. Większość lekarzy u siebie w domu również nie odmawia pomocy bezpłatnej biedakom. Jednem słowem, w Warszawie rozmaite bezpłatne ambulatorja wprost walczą ze sobą o chorych.

Zdaje mi się jednak, że korzystanie z bezpłatnych ambulansów miejskich nie powinno być tolerowane wśród robotników fabrycznych i ich rodzin. Przedewszystkiem można byłoby postawić bardzo wiele zarzutów tym wszystkim bezpłatnym ambulansom, o czem nie miejsce tutaj mówić, główna zaś rzecz, że bezpłatne ambulanse miejskie wszak to akt filantropji, wszelkie zaś korzystanie z usług filantropji przez tych, którzyby się bez tego obejść mogli, demoralizuje ludzi.

Przejdźmy teraz do systemu wynagradzania lekarzy od porady. W 34 fabrykach taki system stosowany jest wyłącznie. Otóż kiedyś w tej kwestji miałem bardzo ożywioną rozmowę z paru kolegami, którzy twierdzili, że jest to system najracjonalniejszy i najsprawiedliwszy. Powoływano się i na to, że za granicą ten system praktykuje się we wszystkich fabrykach. Ja nie zgadzam się z poglądem o racjonalności i sprawiedliwości tego systemu już wprost teoretycznie. Głównem wszak zadaniem medycyny powinno być zapobieganie powstawaniu chorób, a nie leczenie już powstałych. Na tem polu medycyna już osiągnęła bardzo wiele, że wspomnę tylko o zniknięciu groźnych epidemji ospy od chwili wprowadzenia szczepień ochronnych (wiele jest danych, że t. zw. „powietrze morowe“, które w średnich

wiekach nawiedzało Europę, było wprost ospą), o znacznem zmniejszeniu się śmiertelności i wypadków zachorowań w Warszawie od czasu urządzenia wodociągów i kanalizacji. Otóż wśród ludności fabrycznej należyte stosowanie środków zapobiegawczych jest łatwiejsze, aniżeli wśród jakiejkolwiekbądź innej kategorji ludzi, i dla tego też niesłuszną jest rzeczą, aby lekarz był wynagradzany tylko proporcjonalnie do ilości chorych, t. j. może w niektórych wypadkach za to, że nie zapobiegł temu, czemu mógł zapobiedz. A przytem dla lekarza, jak dla każdego człowieka, o wiele dogodniej jest mieć coś stałego, bo wtedy, mając byt zapewniony, może całą duszą oddać się pracy.

Przy wszelkich jednak sprawach, dotyczących ogółu, wzgląd na interes jednostek schodzi na drugi plan; zobaczmy więc, o ile system wynagradzania lekarza od porady jest dogodny dla robotników. Jeżeli fabryka ma lekarza ze stałą pensją, to dla niej jest rzeczą obojętną, kto choruje, gdyż pewna ilość osób zawsze chorować musi. Zupełnie rzecz ma się inaczej, jeżeli lekarz jest wynagradzany od porady, wtedy niejako notuje się wydatek na pomoc lekarską dla każdego robotnika oddzielnie. Często się zdarza, że jakiś nieszczęśliwy robotnik, gdy go nawiedzi choroba w domu, kosztuje fabrykę więcej, niż może zapracować w fabryce. Dla tego też, wogóle mówiąc, fabryka niechętnie wydaje robotnikowi kartkę do lekarza, a często i sam robotnik krępuje się prosić o takową. W tych więc fabrykach, gdzie lekarz jest wynagradzany od porady, pomoc lekarska dla robotników redukuje się do pomocy w chorobie, powstałej wskutek nieszczęśliwego wypadku w fabryce.

Dane z tych 34 fabryk, gdzie przyjęty jest system wynagradzania lekarzy od porady, w zupełności potwierdza moje teoretyczne wywody.

W pierwszej kategorji fabryk (lekarz pobiera stałą pensję, leczy robotników i ich rodziny) na każdych 10 robotników wypada 44 porady rocznie, jedna porada lekarska kosztuje 32 kop. (posiadam dokładne dane z 50 fabryk).

W drugiej kategorji (lekarz ma stałą pensję, leczy tylko robotników) na 10 robotników wypada rocznie 26 porad, jedna porada kosztuje 48 kopiejek (posiadam dane z 66 fabryk).

Wreszcie w 3-ej kategorji z 34 fabryk w 13, zatrudniających 251 robotników, nie było ani jednego chorego przez cały rok; w jednej np. fabryce przez 23 lata udzielono zaledwie 5 czy 6 porad, 11 fabryk nie podało ilości udzielonych porad, w 10 wreszcie fabrykach, zatrudniających 464 robotników, udzielono 388 porad, czyli na 10 robotników wypada 8 porad rocznie.

Cyfry te chyba nie potrzebują komentarzy i dowodzą dostatecznie przekonywająco, że system wynagradzania lekarza od porady powinien być zaniechany. W dodatku lekarz, pobierając wynagrodzenie od porady, prawie nie odwiedza fabryki, a więc nie może w żaden sposób wpływać na hygjenę robót.

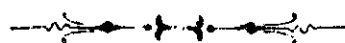
Cyfry wszelkie mają to do siebie, że stają się wymownemi dopiero przy odpowiedniem zestawieniu. Przyjrzyjmy się więc jeszcze raz cyfrom, wyrażającym ilość porad, udzielanych przez lekarzy rocznie.

W 116 fabrykach pierwszej i drugiej kategorji, z których posiadam dokładne dane, pracowało 19363 robotników, udzielono rocznie 66853 porad, lekarze pobierali rocznie 25230 rubli pensji.

Nie mam w tej chwili pod ręką danych z fabryk prowincjonalnych, gdzie ludność fabryczna niema blizko innych lekarzy oprócz fabrycznych, dla tego też nie wiem, ile porad rocznie powinno przypadać na 1 robotnika przy racjonalnem zorganizowaniu pomocy lekarskiej, weźmy jednak chociaż parę fabryk dla przykładu.

W fabryce Bormana i Szwede'go na 949 robotników udzielono porad 18000, w garbarni Szlenkiera na 79 robotników — 638 + wizyty w domach, w fabryce Orthweina i Karasińskiego na 380 robotników — 3700, w papierni „Soczewka“ (powiat Gostyński) na 588 robotn.—6383.

Widzimy więc, że w tych fabrykach, gdzie pomoc lekarska jest zorganizowana lepiej, na jednego robotnika wypada rocznie około 10 porad, czyli że na 19363 robotników, pracujących w 116 fabrykach warszawskich, powinno wypadać około 190000 porad rocznie, a nie 66000, jak jest obecnie. Wniosek stąd oczywisty, że organizacja pomocy lekarskiej w fabrykach warszawskich pozostawia jeszcze bardzo wiele do życzenia. *D. n.*



Z wycieczki do niemieckich ludowych uzdrowisk dla piersiowych.

Podał Dr. S. **Sterling**.

(Ciąg dalszy).

Poznanie zasad ekonomicznych, które stanowią kamień węgielny ruchu na korzyść ludowych uzdrowisk w Niemczech, pozwoli nam lepiej zrozumieć ten specjalny punkt widzenia.

Prawodawstwo specjalne Niemiec zdjęło z bark filantropji prywatnej i gminnej troskę o zdrowie jednej z warstw narodu; stanowi ono, mówiąc nawiasem, wspaniały krok w kierunku upaństwowienia opieki nad zdrowiem obywateli.

Oto zasady prawodawstwa niemieckiego, o ile tyczy się ono opieki nad robotnikiem chorym lub pozbawionym zdolności do pracy:

Wszyscy pracujący w całym szeregu (przez prawodawstwo określonym) zawodów korzystają z opieki trzech specjalnych instytucji, płacąc za to pewną stałą składkę. Instytucje te ubezpieczają robotników: 1) na wypadek choroby wszelkiego rodzaju; 2) na wypadek choroby spowodowanej przez niespodziewane zdarzenie przy pracy zawodowej; 3) na niedołęstwo lub starość, pozbawiające robotnika możności zarobkowania.

Każdy robotnik z chwilą znalezienia się w pewnych określonych warunkach pracy staje się już ubezpieczonym; a więc ubezpieczenie jest musowe. Instytucje ubezpieczeniowe w tej chwili nas obchodzące są to: „Kasy dla chorych“ (t. zw. Krankekasy) i „Stow. ubezpieczenia na niedołęstwo lub starość“ (Invaliditäts und Alters-Versicherungs Anst.).

Kasa chorych daje w czasie choroby: pomoc lekarską, a gdy choroba czyni ubezpieczonego niezdolnym do pracy, — i zapomogę pieniężną; w pewnych wypadkach zamiast pomocy powyższej Kasa umieszcza chorego w szpitalu; po 13 tygodniach choroby, jeśli ubezpieczony nie może jeszcze wrócić do pracy, opiekę nad nim obejmuje Stow. ubezp. na niedołęstwo lub starość, które mu wypłaca rentę, a po jego śmierci wspiera jego wdowę, sieroty, niedołężnych rodziców.

Do tego szkicowego określenia zasad działalności wymienionych instytucji dodam, że fundusze składane są przez ubezpieczonego, przez przedsiębiorcę i przez państwo. Państwo kontroluje działalność Kas i Stow. ubezpieczeniowych i odpowiada majątkowo za niewypłacalność tych instytucji.

By zrozumieć, jaką rolę gra w budżecie „Stow. ubezpieczenia na niedołęstwo lub starość“ — gruźlica, przytoczę kilka cyfr statystycznych. Cyfry te mają większą wartość aniżeli dane wszelkich innych statystyk masowych, gdyż każdy przypadek wpisany do tej statystyki został gruntownie przez lekarza zbadany i szeroko motywowanem świadectwem opatrzony.

Na każde 1000 przypadków niedołęstwa, uznanego w r. 1895 przez niżej wyliczone Stowarzyszenia,—gruźlica była przyczyną:

Stow. ubezp. na niedołęstwo lub starość w:	Gruźlica		
	płuc	innych narządów	RAZEM
Prusiech Zachodnich	71,3	2,5	73,8
Szlezwig-Holsztynie	103,1	9,2	112,3
Sachsen-Anhalt.	109,3	12,6	121,9
Hanowerze	155,2	11,5	166,7
Berlinie	170,5	3,1	173,6
Westfalji	170,5	8,0	178,6
Hessen.	163.4	16,3	179,7
Alzacji-Lotaryngji.	164,8	32,9	197,7
Saksonji	187,3	16,3	203,6
Miastach hanzeatyckich. . . .	194,8	12,4	207,2
Badenie r. 1895	216.1	29,1	245,2
Badenie r. 1896	242,5	23,7	266,2

Badeńskie Stowarzyszenie ubezpieczenia na niedołęstwo lub starość podaje tablicę następującą:

Gruźlica płuc stanowiła powód:		
wypłacania renty niedołęstwa	kosztów leczniczych	
	liczba chorych	dni choroby
Rok 1892 = 141 = 20%	—	—
„ 1893 = 241 = 22%	3 = 3,4%	115
„ 1894 = 345 = 24,7%	17 = 11,3%	893
„ 1895 = 356 = 21,6%	339 = 69,4%	18920
„ 1896 = 473 = 24,2%	513 = 79,5%	33132

Stowarzyszenia w Pfalz, Ahalt i Westfalji wypłacały w następującym stosunku rentę niedołęstwa z powodu gruźlicy (r. 1896) (podano w % ogólnej liczby niedołężnych):

	Kategorje wiekowe:								
	20-30	31-40	41-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-80	81-90
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Pfalz	66,6	49,03	31,50	34,28	12,12	3,84	4,87	—	—
Anhalt . . .	49,92	42,02	22,60	12,23	7,05	3,71	0,93	—	—
Westfalja . .	50,65	40,89	26,34	10,79		5,07		8,45	—

Stowarzyszenie w Hessen-Nassau:

Kategorje wiekowe:	21-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	76-88
% ogólnej liczby starych i niedołężnych	71,42	53,77	55,44	26,58	9,92	0,73	—

Zaś ogólna statystyka *wszystkich* Stow. ubezp. wykazuje, że *co drugi ubezpieczony, który się stał niedołężnym,—jest suchotnikiem* (*Pannwitz*—na Kongresie hygjen. w Madrycie).

Dane powyższe zebrane są przez „Stow. ubezp. na nied. lub star.“, o których wiemy, że opiekują się robotnikiem dopiero wtedy, gdy ten już 13 tygodni leczył się i pobierał wsparcie od „Kasy chorych“, do której był przypisany.

Zobaczmy co mówi statystyka „Kasy chorych“ w Berlinie o tych zgonach z powodu gruźlicy, które nastąpiły w ciągu okresu trzynastotygodniowej opieki ze strony Kasy. W tej statystyce opuszczeni są, rzecz prosta, ci wszyscy, którzy korzystali z opieki wymienionej Kasy przez całe 13 tygodni, przeszli pod opiekę Stow. ubezp. na nied. lub star. — i wtedy dopiero zmarli.

Otóż statystyka kas Berlińskich (z pominięciem małych kas, w których często *wszystkie* zgony zależały od suchot) daje za rok 1895 cyfry następujące:

Suchoty płuc były przyczyną śmierci:

w Kasie	murarzy	35%	wszystkich	zgonów
„	cieśli	41%	„	„
„	oberżystów	45%	„	„
„	zecerów	47%	„	„
„	siodlarzy	47%	„	„
„	jubilerów	50%	„	„
„	mosiężników	50%	„	„
„	tokarzy	54%	„	„
„	szmuklerzy	60%	„	„
„	introligatorów	64%	„	„
„	tapeciarzy	65%	„	„
„	złotników	85%	„	„

Straty finansowe, jakie czyni gruźlica i jej następstwa (pamiętajmy, że nietylko rentę dożywotnią suchotnikom wypada płacić, ale też i wsparcia rodzinie po nim pozostałej) w budżecie Stow. ubezp. na nied. lub star., skłoniły te instytucje do energicznego zajęcia się sprawą ograniczenia tego źródła niedoborów finansowych. Nauka i praktyka wskazywały jedyną drogę w leczeniu poczynającego się cierpienia płucnego [1]). To też Stow. ubezp. nie czekają już końca 13 tygodni, by się zająć ubezpieczonym chorym na suchoty, ale większa ich część z całą gotowością opiekuje się każdym ubezpieczonym, którego dosyć wcześnie lekarz zaufania wskaże jako osobnika dającego pewne szanse na wyzdrowienie (w znaczeniu wyżej określonem). Chorego takiego

---

[1]) Oto obliczenie *Gebharda*, dyrektora Stow. Ubezp. Hanzeatyckiego: Przypuśćmy, że wiek przeciętny przy rozpoczęciu leczenia wynosi lat 33, przeciętna renta tylko 190 marek rocznie, a czas pobierania renty tylko 2 lata; stanowić to będzie dla Stow. wydatek 380 marek. Wydatek na leczenie w ciągu 3 miesięcy po 4 marki na dobę (w rzeczywistości opłata wynosi 3 m.) = 360 m.; z tego 135 m. płaci Kasa, więc Stow. płaci 225 m. Na 1000 chorych wydatek wynosi 380,000 m. przeciw 225,000 m., gdyby wszyscy powrócili do pracy, co się nie dzieje. Ale jeśli tylko 60% powróci do pracy — obie sumy się wyrównają; doświadczenie dotychczasowe dało lepsze jeszcze wyniki, czyli dało zysk dla Stowarzyszeń, co zresztą zależy od właściwego wyboru przypadków.

posyła Stow. ubezp. wspólnie z „Kasą chorych", która wnosi sumę równą zapomodze przypadającej robotnikowi, do uzdrowisk dla piersiowych—własnych, lub założonych przez inne stowarzyszenia, przez gminy, z ofiarności prywatnej.

Większość z istniejących w Niemczech ludowych uzdrowisk dla piersiowych w ten sposób, t. j. kosztem Stow. ubezpieczeniowych, powstała; wszystkie — dzięki nim istnieją.

To specjalne piętno różni ruch niemiecki od ruchu w innych krajach [1]).

Obok inicjatywy i pomocy instytucji dbających o klasę, podlegającą przymusowemu ubezpieczeniu, i ofiarność prywatna, a nawet mynicypalność miejska i administracje prowincji biorą udział czynny w ruchu na korzyść ludowych uzdrowisk dla piersiowych. W przeciwnym razie, drobny urzędnik, oficjalista prywatny, wyrobnik, sklepikarz, kramarz, ludzie pracujący w zawodach nie podlegających prawu o musowem ubezpieczeniu, i ich rodziny, byliby mocno pokrzywdzeni w porównaniu z ubezpieczonymi. Prawo niemieckie kładzie na gminy obowiązek leczenia bezpłatnego wszystkich biednych; to prawo jest podstawą tworzenia ludowych uzdrowisk dla piersiowych—przez zarządy miast, przez zjednoczone gminy pewnych prowincji. Przykład Stowarzyszeń ubezp. i wyniki, jakie otrzymano w uzdrowiskach, opinja ogółu lekarzy, pobudziły do żywego udziału w ruchu na korzyść specjalnych zakładów dla niezamożnych piersiowych szerokie koła społeczeństwa [2]). Mamy więc i uzdrowiska, które są z funduszów filantropijnych zakładane. *D. c. n.*



---

[1]) Nie będę miał dalej sposobności wskazania na brak zasadniczy organizacji opisanej, więc już tu to czynię. Stow. ubezp. płacą za chorych wspólnie z Kasami, a te ostatnie swoją cząstkę po 13 tygodniach płacić zaprzestają. Wtedy i Stow. ubezp. się cofa — a wcale nie zawsze lekarz zakładowy chwilę tę uważa za odpowiednią do uwolnienia pacjenta z zakładu. Co gorsza, większość pacjentów nie może się tej chwili doczekać, bo troska o byt rodziny wypędza ich z uzdrowiska. Kasa, płacąc za utrzymanie w „szpitalu", uwolnioną jest od dawania wszelkiej innej zapomogi choremu; więc rodzina cierpi nędzę. Z tego powodu niejeden zanim się zdecyduje wstąpić do uzdrowiska zwleka, dopóki się nie poczuje ciężko chorym (a wtedy minął już czas właściwy do rozpoczęcia leczenia); inni znów, ani spokoju moralnego podczas pobytu w uzdrowisku nie mają, ani też chcą cały czas dozwolony wytrwać w lecznicy: ledwie że się po jakimś krwotoku, który ich przestraszył i do uzdrowiska zapędził, silniejszymi poczują — już do rodziny (i zapomogi w gotówce) powracają.

Na szczęście coraz to lepsze wyniki leczenia w uzdrowiskach skłaniają powoli Stow. ubezp. do usunięcia obu wyliczonych braków.

[2]) Oto wyjątek z memorjału, jaki przedstawił Państwowy Urząd Zdrowia Członkom Rady Państwa Niemieckiego: „Przypuśćmy, że z 90,800 ludzi w wieku od 15 do 60 lat, jacy corocznie w państwie umierają na suchoty, do leczenia w uzdrowiskach nadaje się siódma lub ósma część, t. j. np. osób 12,000, a z tych $^3/_4$ (9,000) staje się znów zdolnymi do pracy, przypuśćmy na 3 lata, przeciętnie. Oceniając, dalej, zarobek roczny mężczyzny na 600 m., kobiety—mniej, przeciętnie więc na 500 m., mamy ogólny zysk: $3 \times 500 \times 9{,}000 = 13^1/_2$ miljona m. Wydatki na leczenie wynosić będą po 400 m. na osobę, czyli na 12,000 osób = 5 miljonów m.; dodając 1 miljon na zaspokojenie procentów od kapitału wydanego na założenie uzdrowisk, otrzymamy 6 miljonów wydatku na leczenie 12,000 chorych rocznie, co uczyni $7^1/_2$ miljonów rocznej oszczędności w gospodarstwie narodowem".

KORESPONDENCJE.

Służba zdrowia gminna.

W 1872 roku po raz pierwszy w „Przeglądzie lekarskim“ krakowskim podałem projekt organizacji pomocy lekarskiej na wsi. Był to rzeczywiście tylko projekt projektu, bo prócz zasadniczej myśli tej organizacji, nie opracowałem jej szczegółowo. Niejednokrotnie później poruszałem tę sprawę w czasopismach warszawskich, jak w „Kurjerze“ i „Gazecie lekarskiej“. W dziesięć lat później wydrukowałem w „Słowie“ artykuł pod tytułem „Lekarze gminni“ i następnie wraz z inspektorem lekarskim gubernji lubelskiej ś. p. Dr. med. Juljanem Kwaśniewskim wypracowałem „Projekt urządzenia służby zdrowia w gminach gubernji lubelskiej“. Projekt ten najpierw odczytałem na zgromadzeniu przedwyborczem w mieszkaniu prezesa wyborów do władz Dyrekcji Szczegółowej Tow. Kredytowego Ziemskiego w Lublinie. Zachęcałem, o ile umiałem, do wprowadzenia w czyn tego projektu, zwłaszcza, że władze były utworzeniu służby zdrowia przychylne i wszelką swą pomoc ofiarowały. Ponieważ projekt inicjatywę organizowania pomocy lekarskiej pozostawiał gminie, a do propagandy tej myśli nikt gorliwie zabrać się nie chciał, przeto rzecz cała poszła do archiwum pobożnych życzeń i tylko w jednej miejscowości, w powiecie hrubieszowskim, gmina zgodziła się na utrzymywanie swoim kosztem stałego lekarza.

Od czasu do czasu, aby uniknąć przedawnienia, wznawiałem kwestję lekarzy gminnych, dopiero jednak w roku 1897 poruszona przezemnie sprawa w „Gazecie Polskiej“ wywołała krytykę, uwagi, polemikę, słowem zbudziła żywy interes tak pośród lekarzy, jak i myślącego ogółu. W „Głosie“ pan Stecki zaproponował zjazd lekarski, celem omówienia sprawy pomocy lekarskiej na wsiach i ostatecznego zdecydowania, jak ją przeprowadzić i uorganizować. Wezwany przez redaktora „Głosu“, przybyłem do Warszawy i łącznie z Dr. Markiewiczem i Dobrzyckim, oraz p. Steckim, postanowiliśmy, aby na jesieni zjazd ów lekarzy prowincjonalnych urządzić, skoro się na to pozwolenie od władzy otrzyma. Ale w owym czasie wypracowany za inicjatywą gubernatora płockiego i od kilku lat do rozpatrzenia władzy podawany projekt urządzenia pomocy lekarskiej w gubernji płockiej miał wejść w życie tytułem próby.

Projekt ten zwrócił na siebie uwagę lekarzy... Skoro zaś Rządy Gubernjalne zawezwane zostały przez władze wyższe do wygotowania projektów urządzenia służby zdrowia we wszystkich gubernjach królestwa, takaż komisja zebrała się i w Lublinie i podjęła trzy zadania:

1° Utworzenia kolonji dla cierpiących umysłowo,

2° Zorganizowania odpowiedniej kontroli i środków ochronnych celem zapobieżenia szerzeniu się przymiotu i

3° Organizacji służby zdrowia gminnej.

Do tej komisji, łącznie z moimi kolegami, tak w cywilnej, jak wojskowej służbie pozostającymi, i ja należałem.

Powierzono mi wygotowanie projektu urządzenia pomocy lekarskiej w gminach gubernji lubelskiej.

Nie chcąc działać samowolnie, porozumiałem się z Towarzystwem lekarzy lubelskich, jako czynny członek tegoż Towarzystwa, i na zwołanem ad hoc zebraniu nadzwyczajnem, zaszczyconem liczną obecnością kolegów z różnych stron gubernji lubelskiej, omówiliśmy zasady projektu, a następnie z kolegami Biernackim i Jaczewskim, wypracowaliśmy referat, znany pod nazwą projektu Towarzystwa lekarzy lubelskich. Projekt ten ogłoszony drukiem w „Kronice lekarskiej“ znanym jest powszechnie, zwrócę tylko uwagę, że w ostatecznej jego redakcji nie brałem udziału, i parę szczegółów tego projektu, które zebrane później dane byłyby usunęły, pozostały niesprostowane i ściągnęły na siebie zarzuty krytyki.

Projekt lubelski pragnął zjednoczyć w sobie trzy zadania:

1° Dać pomoc lekarską biednej ludności, tak w gminach, jak osadach, miasteczkach i miastach powiatowych i gubernjalnych,

2° Złączyć tę pomoc ze szpitalnictwem, aby pierwsza drugie wspierała i odwrotnie i

3° Utworzyć przytułki dla chronicznych chorych, ze względów tak ekonomicznych, jak i rozwoju szpitalnictwa, dla którego ciż chorzy są ciężkim a niepotrzebnym balastem.

Gdyby królestwo posiadało ziemstwa, jak środkowe gubernje cesarstwa, rzecz naturalna projekt lubelski inne byłby przyjął formy. Pragnąc jednak przystosować się do obecnie istniejących urządzeń administracyjnych, pragnął dla gmin organizacji opiekunów strzegących porządku w służbie zdrowia gminnej i wprowadzenia do rad opiekuńczych, tak powiatowych, jak gubernjalnych, nowych żywiołów, z prawem głosu decydującego o sprawach zdrowotnych miast, osad i gmin.

Nam zdawało się, że tak będzie i praktycznie i dobrze na dziś. Co zaś mogłoby być jutro, zostawialiśmy przyszłości. Chodziło nam o wprowadzenie w życie projektu — wedle przekonania naszego, pożytecznego dla kraju. Ale „Homo proponit, Deus disponit“, a często „Deus ex machina“.

Lepiej od razu marzeń swych wieńce,
Jak kwiat na ołtarz złożyć w trumience,
Niżeli później rwać na ostatku,
Listek po listku, kwiatek po kwiatku!

Poeta smutnie śpiewa, ale prawdziwie. Nie kryję się, że sprawa lekarzy gminnych była moją ukochaną myślą. Wychowany na wsi, wzrosłem śród ludu i kocham ten lud. Znam jego wierzenia, jego obyczaje, jego zalety i wady, jego dolę i niedolę...

Więc pragnąłem dla tego ludu, pragnąłem dla tych piwnic i poddaszy, w których chłód, głód, nędza i choroba tak często gości, promyka jaśniejszego światła, uśmiechu lepszej doli. Marzyłem... naiwna ta głowa z marzeniami! Marzyłem, powtarzam — że oto w okręgach sanitarnych na wsiach i osadach potworzą się ambulatorja i małe skromnie urządzone szpitale gminne. Że w miastach większych, podzielonych na rejony, w oznaczonych godzinach, będą lekarze, wybrani przez zebrania obywateli w magistratach, udzielać porady biednej ludności bezpłatnie i robić w razie potrzeby opatrunki. Sądziłem, że zorganizowana pomoc szpitalna, również opłacana z grosza ogólnego, dostępną będzie dla każdego biednego mieszkańca gminy lub miasta. Niewielki podatek płacony z dymu, byłby ciężarem rozłożonym równomiernie, na wszystkie barki, a urządzenie przytułków, zniżając koszt utrzymania z rubla dziennie, jak to mniej więcej w szpitalach wypada, na 20 lub 30 kopiejek, dozwoli znacznie większej ilości prawdziwie chorych z dobrodziejstwa pomocy szpitalnej korzystać. Myślałem również, że pensje, wynoszące kilkaset rubli rocznie, będą, jako dochód pewny i stały, dużą pomocą dla kolegów praktykujących. Dozwolą im czynić wiele pożytku i pomocy prawdziwie biednym, a zarazem śmielej stawać w szeregi w walce o byt.

Tymczasem rzeczywistość zupełnie inne zgotowała horoskopy. Gdyby mnie zapytano dzisiaj, co myślę o sprawie lekarzy gminnych, odpowiedziałbym krótko: Nie wiem. Bo wedle mego rozumienia rzeczy, pomoc w takiej formie, aby lekarz, pobierając skromne wynagrodzenie, trzydzieści tysięcy ludności mógł leczyć — jest fikcją... i projektem martwo urodzonym.

Społeczeństwo nasze rozwijało się i rozwija wedle innych warunków bytu. Posiadamy dostateczną ilość lekarzy, aby kraj obsłużyć, potrzeba tylko siły, jakie są, należycie zorganizować i zużytkować. Mamy przeciętnie jednego lekarza na 10 tysięcy ludności.

Aby wszystkich bez wyjątku lekarz, pobierający pensję od gminy, darmo leczył, także jest niemożebnem. Gmina powinna dać pomoc tym, co są niezamożni. Zaś taki mieszkaniec miasta czy gminy, którego na opłatę lekarza stać i na lekarstwa posiada fundusze, od wydatku na leczenie uchylać się i leczyć na koszt cudzy nie może i nie powinien. Nikt zresztą w kraju naszym tego nie żądał ani nie żąda... Jedynem praktycznem rozwiązaniem kwestji byłoby zawieranie z lekarzami rejentalnych umów następującej osnowy:

Właściciel większej posiadłości robi umowę z lekarzem, że ten za taką a taką sumę, wypłacaną miesięcznie lub kwartalnie, będzie leczył jego służbę folwarczną i podawał jej środki doraźne na miejscu.

Biedni, zamieszkujący daną wioskę, mogą korzystać z porady bezpłatnie. Zaś zamożniejsi mieszkańcy, jeśli zechcą korzystać z pomocy lekarza oraz otrzymywać lekarstwa, niech płacą honorarjum, wedle umówionej z góry i przyjętej obustronnie taksy. Skoro tego rodzaju układ okaże się dogodnym, mogą następnie całe wioski zawierać umowy, równie jak i dwory.

Ustawa gminna tego rodzaju organizacji nie staje na przeszkodzie, owszem, szerokie jej granice stokroć większe zadania pomieszczą.

Zaś lepsza organizacja szpitalnictwa, umiejętna jego administracja i równomierny rozkład kosztów szpitalnych na ludność każdej z osobna gubernji usunie wiele wad, braków i nieprawidłowości, jakie dziś na każdym kroku spotykamy. Innego punktu wyjścia z tego błędnego koła, jak na dziś, nie widzę.

Zaś sprawą pomocy lekarskiej w miastach winny zająć się magistraty, łącznie z obywatelami miast, którym dobrze dokuczyły dzisiejsze szpitalne niedobory i którzy, płacąc gruby grosz, nic za to wzamian nie otrzymują.

Dr. Gustaw Doliński.

Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Kaliskie.

Posiedzenie z d. 17 grudnia 1898 r.

I. Kol. *Chodakowski*, lekarz wolnopraktykujący w Kaliszu, i pan *Mrowiński*, prowizor farmacji, stosownie do swoich próśb, zostali jednogłośnie przyjęci w poczet członków Towarzystwa.

II. Z chorób nagminnych, które panowały w miesiącu Listopadzie i były leczone przez lekarzy, odnotowano: 2 przypadki płonicy, 4 — błonicy, 1 — odry, 11 — duru brzusznego, z których jeden przypadek zakończył się śmiercią.

III. Kol. *Beatus* przeczytał o przypadku otrucia chloralem. Mężczyzna lat 30, pijak nałogowy, dostał napadu obłędu opilczego. Felczer starał się uśpić go wszelkimi sposobami przez trzy dni i dawał mu znaczne dawki chloralu. Kiedy się jednak nie udawało felczerowi wywołać snu, otoczenie chorego posłało po lekarza. Przy badaniu niespokojnego chorego znaleziono silne podniecenie serca. Tegoż dnia wieczorem nastąpiła śmierć. Oględziny sądowo-lekarskie wykazały silne otłuszczenie serca, przekrwienie i obrzęk błony śluzowej żołądka i kiszek i marskość wątroby.

IV. Kol. *Drozdowski* przytoczył przypadek następujący: Chłop przepędzał świnie w nocy przez granicę. Pomimo nawoływań żołnierza, stojącego na posterunku, chłop dalej uciekał. Żołnierz strzelił do niego trzykrotnie z nieznacznego oddalenia. Pierwsza kula trafiła w prawy pośladek i wyszła na wewnętrznej powierzchni górnej części uda. Druga kula przeszyła prawą rzepkę i wyszła na tylnej powierzchni jamki kolanowej. Trzecia zaś przeszła wzdłuż linji pachowej prawej, poniżej 10 żebra, i wyszła w oddaleniu 12 cent. od ciernistych wyrostków ostatnich kręgów grzbietowych, ze strony lewej. Chorego w stanie zapaści przywieziono w nocy do szpitala Ś-tej Trójcy. Zalecono lód w okolicy brzucha, eter podskórnie, następnie makowiec wewnątrz i nałożono opatrunki. Rany wyliczone szybko się zagoiły,

nie pozostawiając znacznego kalectwa. Tylko w jamce podkolanowej rozwinęła się pod skórą narośl formy stożkowatej, twardości chrząstki. Chory uskarżał się na bóle w tem miejscu, a goleń brzękła przy chodzeniu. Pod wpływem mięsienia ból zmniejszył się, również i obrzęk. Autor nie jest w stanie objaśnić przyczyny powstawania tej narośli, ani też jej anatomicznej budowy. Wskazania do usunięcia narośli nie było.

Przy tej sposobności kol. Drozdowski zaznaczył, że jedną z zalet nowych pocisków jest ta okoliczność, że nie wbijają w ranę strzępów odzieży, co dawniej tak często bywało przyczyną zakażenia rany. Kule karabinowe obecnie pozostawiają wązki kanał, który się szybko zagaja. Jeżeli rany powstały od strzałów blizkich, to otwór wejścia kuli nie daje się odróżnić od otworu wyjścia. Uszkodzenia jamy brzusznej, które przy użyciu dawniejszych pocisków karabinowych były zawsze śmiertelne, kończą się dziś pomyślnie, przy użyciu nowej broni. Dane te zgodne są z doświadczeniem o działaniu kul z karabinów małokalibrowych, zebranem podczas ostatniej wojny hiszpańskiej. Następnie kol. Drozdowski zaprosił obecnych na dzień następny do szpitala, ażeby przedstawić chorego, o którym mówił.

Posiedzenie z dnia 17 stycznia 1899 r.

I. Statystyka chorób nagminnych w m. Grudniu r. 1898 wykazuje: 1 przypadek błonicy, 2 — krztuśca, 14 — influenzy.

II. Kol. *Rüdiger* opisał przypadek duru brzusznego u ciężarnej, który zakończył się poronieniem. Dur, który w danym przypadku przebiegał dość typowo, trwał 23 dni, poczem ciepłota spadła do normy. W trzecim tygodniu choroby chora uskarżała się na szalone bóle brzucha; bóle przechodziły na krzyż i biodra; wtedy zdawało się, że nastąpi poronienie. Powoli jednak bóle ustawały, poronienie zaś nastąpiło wtedy, kiedy chora wracała już do zdrowia i opuszczała łóżko. Nagle wystąpiły dreszcze, podwyższenie ciepłoty, następnie krwotok maciczny, przyczem wydzielił się płód trzymiesięczny, zmacerowany; poczem ciepłota spadła do normy. Kol. Rüdiger przypuszcza, że podwyższenie ciepłoty w danym przypadku zależało od samozakażenia, które mogło powstać wskutek zmacerowanego płodu. Kol. *Chodakowski*, który obserwował daną chorą wspólnie z kol. Rüdigerem, przypuszcza, że gorączka w danym przypadku mogła zależeć od dalszego przebiegu duru, a nie od zmacerowanego płodu, tembardziej, że łożysko było różowe i nie przedstawiało nic anormalnego. Bóle, o których wspominał kol. Rüdiger, również mogły zależeć od innych przyczyn, a nie od obumarcia płodu, które bólów nie wywołuje.

III. Kol. *Drozdowski* opisał ranę drążącą do żołądka. W maju 1898 roku przywieziono do szpitala 17-letniego chorego, który, chcąc strzelić do ptaków, nabił pistolet prochem, przybił papierem, wsypał śrutu i również przybił papierem. Wskutek nieostrożnego obchodzenia się z bronią nastąpił wystrzał z pistoletu, który trafił chłopca w brzuch. Po owym strzale nastąpiły u chłopca mdłości i wymioty jagłami, zjedzonemi na obiad, z domieszką krwi, Rodzice, dosyć intelligentni, znaleźli w wymiotach papier. Chorego przywieziono do szpitala

w stanie zapaści. Przy badaniu okazuje się: brzuch bolesny, na połowie odległości między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem znajduje się okrągła rana, mająca $1^1/_2$ cent. średnicy. Chory wymiotował w szpitalu płynem jasno żółtym i przy opatrywaniu chorego w kilka dni po owym wypadku znaleźć można było jeszcze jagiełki na opatrunku. Wszystko to przemawiało za drążącą raną do żołądka. Pomimo to rana po pewnym czasie oczyściła się i zagoiła zupełnie. Praca ta będzie drukowana w jednem z pism lekarskich.

Sekretarz *Beatus*.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 8 lutego 1899 r.

I. Kol. *Tumpowski* przedstawił 13-letniego chorego, który niemal jednocześnie z trojgiem młodszych dzieci zachorował przy objawach ogólnych choroby zakaźnej (ból głowy, dreszcze, gorączka, darcie w rękach i nogach). Młodsze dzieci wyzdrowiały w ciągu tygodnia, pacjent zaś w drugim tygodniu nagle utracił przytomność i mowę. Ten stan minął po dziesięciu dniach i wtedy okazało się istnienie zaburzenia mowy oraz niemożności stania i chodzenia. Po ustąpieniu wszystkich innych zaburzeń chorobowych objawy powyższe utrzymały się prawie bez zmiany. Badanie podmiotowe wykazało istnienie skandowanej mowy, nieznacznego bezładu kończyn górnych oraz wybitnego bezładu kończyn dolnych przy nadzwyczaj wzmożonych odruchach kolanowych i stopowych, braku porażeń, zmian czucia i zaburzeń w czynności pęcherza i odbytnicy. Zaburzenia mowy i bezład kończyn górnych znikły później prawie zupełnie, bezład kończyn dolnych w pozycji chorego leżącej znacznie się zmniejszył, stać jednak i chodzić chory dotychczas nie może.

W opisanym przypadku bezład ostry jest prawdopodobnie pochodzenie ośrodkowego, na co wskazuje początkowa utrata przytomności, zaburzenie mowy, wzmożenie odruchów i brak zmian czucia. Sprawa ta powstaje po rozmaitych cierpieniach zakaźnych wskutek działania toksyn na układ nerwowy. Ze względu na jednoczesne zachorowanie z tymi samymi objawami, lecz lekkim przebiegiem, trojga młodszych dzieci oraz na istnienie w tym czasie w Łodzi silnej epidemji influenzy, sądzić należy, iż pacjent również przebył tę chorobę. Bezład ostry w ciągu kilku tygodni lub miesięcy przechodzi w wyzdrowienie, albo też w stan przewlekły, nieuleczalny.

II. Kol. *Pański* przedstawia przypadek głuchoty wyrazowej (aphasia sensoria subcorticatis, Wernicke). B., lat 66, prócz na cholerę, ciężko nie chorował; z pierwszą żoną chory miał dzieci 7, z drugą—8; żyje 9. Od siedmiu tygodni otoczenie uważa chorego za warjata: mówi wiele, na pytania nie odpowiada, poleconego nie spełnia, nie modli się — wbrew zwyczajowi. Chory miernie odżywiany, powłóczy trochę przy chodzeniu prawą nogą. Ręka prawa nieco słabsza od lewej; podawany przedmiot chwyta ręką lewą. Z wywiadów można się dowiedzieć, że B. przed kilku tygodniami bardzo źle chodził i prawą ręką nie mógł niczego wykonać, które to objawy stopniowo znikały;

czy chory utracił przytomność — otoczenie nie wie. Uczucie bólu na prawej połowie ciała zmniejszone. Odruch kolanowy prawy bardzo żywy, lewy — nieco mniej wzmożony. Odruchu stopowego brak. Odr. jądr. praw. brak, lewy istnieje. Słuch, wzrok—zachowany. (Dno oka nie badane). Źrenice na światło oddział. Chory w przestrzeni się orjentuje, poznaje wszystkich. W narządach wewnętrznych—tylko niewielkie stwardnienie tętnic. Sen—jak dawniej. Chory mówi dość szybko i trudno go wtedy powstrzymać (Rededrang). Tylko niekiedy można mowę jego zrozumieć; po kilku zdaniach, skargi lub podziękowania, wstawia wyraz nie mający związku z tokiem wypowiadanego zdania (paraphasia); takiemi słowami bywają: „cynysamen“ lub „lernen“, któremi zastępuje brakujące mu wyrażenia (np. chorobę swą określa tak: „ich kon nyś lernen wus er sugt und ich kon cynysamen auch nyś zugen was mir ist cynysamen.“ Chory wcale nie rozumie co się doń mówi; rozumie giest kilkakrotnie powtórzony. Otrzymawszy monetę mówi: „frijer hob ich kinder cynysamen gigiejbyn“; zegarek stara się otworzyć palcem i wskazując na XII powiada: „hob gelernet zwelf cynysamen“, ale innych cyfr nie rozpoznaje, ani wie, która godzina. Gdy mu dać pióro i giestami zachęcić do pisania, pisze litery bez związku, przeważnie spółgłoski (właściwość języka hebrajskiego). Za dyktandem pisać nie umie; kopjuje dobrze, nie rozumiejąc kopjowanego; czytać nie umie. Objawy przytoczone tworzą typowy obraz głuchoty wyrazowej. Dzięki Wernickemu wiemy, że taka głuchota powstaje jako objaw cierpienia tylnej części pierwszego i cząstki drugiego zwoju lewego zraza ciemieniowego. Towarzyszący głuchocie niedowład prawych kończyn i zaburzenie czucia połowiczne występują również przy cierpieniu tych części mózgu. O naturze cierpienia mózgowego—powie przy szczegółowym opisie przypadku.

III. Kol. *Stankiewicz Cz.* przedstawia pacjentkę, u której w grudniu 1897 roku z powodu tyłozgięcia macicy wykonał skrócenie więzów obłych przez cięcie pochwowo-brzuszne przednie. Uleczona doszczętnie zaszła niebawem w ciążę, której przebieg dotychczasowy (obecnie 7 miesięcy) jest zupełnie prawidłowy. Jest to pierwsza ciężarna z szeregu operowanych przez S. sposobem Bode'go-Wertheim'a. Skrócenie więzów obłych przez pochwę, zdaniem S., jest zabiegiem przyszłości przy leczeniu wszelkich postaci zboczeń macicy ku tyłowi.

IV. Kol. *Koliński* przedstawia dwa nowotwory oczodołu, operowane w ciągu ostatnich dwóch tygodni w oddziale ocznym szpitala, oraz fotografje stereoskopowe chorych, zdjęte (przez kol. Wattena) przed operacją. Jednym z nowotworów był mięsak czarny znacznych rozmiarów (waży 135 gramów), wydobyty z prawego oczodołu pacjentki 48-letniej. Chora ta od 6 lat utraciła wzrok na prawe oko, lecz zgłosiła się po poradę dopiero w tych dniach wskutek nadmiernego rozrostu nowotworu, który, biorąc początek w gałce ocznej, po zniszczeniu takowej nie mógł się już pomieścić w oczodole i większą swą częścią wystawał na zewnątrz, zasłaniając znaczną część prawej połowy twarzy. Chora, matka 8-ga dzieci, jakkolwiek dość anemiczna, czuła się względnie dobrze: bóle głowy miała tylko w ciągu pierwszych dwóch lat, to jest dotąd, dopóki oko, pierwotne siedlisko guza, nie

uległo zniszczeniu. Nie ulega wątpliwości, iż nowotwór wziął swój początek z naczyniówki oka, którego śladów trudno dziś odnaleźć w bezkształtnej masie mięsaka. Dla usunięcia nowotworu okazała się konieczną exenteracja oczu. Że złośliwy ten nowotwór nie dał przerzutów dalej wewnątrz czaszki, zdaje się nie ulegać wątpliwości. Chora jeszcze przed zagojeniem rany, po tygodniu, opuściła szpital. Drugi nowotwór usunięty został z lewego oczodołu 30-letniego mężczyzny, pochodzącego, dzięki wypadkowi, z tegoż, co i poprzednia chora, powiatu (łaskiego). Był to guz wielkości kurzego jaja, prawie kulisty, z kilku wypukłościami na powierzchni, jasno szarego koloru, rakowato twardy, na przecięciu słoninowaty; guzowatości okazały się torbielami, zawierającymi płyn surowiczy. Guz ten wypełniał większą część oczodołu ponad stożkiem mięśni ocznych. Przednią powierzchnią wypuklał się na zewnątrz pod górnym brzegiem oczodołu i nad zepchniętą ku dołowi i na zewnątrz gałką oczną. Powieka górna, napięta wystającym guzem, nie wystarczała na pokrycie oka, prawie zupełnie nieruchomego. Niepokryta powiekami rogówka cała zmętniała, a na dolnym jej odcinku utworzyło się obszerne owrzodzenie. Dna oka niepodobna było rozpoznać wziernikiem; siła widzenia prawie zniesiona. Guz usunięty został przez ranę pod łukiem oczodołowym. Po wydobyciu nowotworu gałka oczna powróciła na swoje miejsce w oczodole. Rana goi się przez rychłozrost; owrzodzenie na rogówce zabliźnia się; rogówka staje się przezroczystą na całej przestrzeni; ruchomość gałki zupełna. Pozostanie, widocznie, umiarkowane opuszczenie powieki górnej (ptosis), w każdym jednak razie oko uważane przed operacją za stracone, zostało uratowane. Nowotwór, drobnowidzowo jeszcze nie zbadany, ma cechy rakowca.

V. Kol. *Rundo* czytał rzecz o przypadku posocznicy w połogu, powstałej po ręcznem wydobyciu łożyska z pozostawieniem części jego w macicy. Objawy były dosyć groźne: ciepłota dochodząca do 41,0, tętno do 140, utrata przytomności. Po 2 tygodniach nastąpiła szybka poprawa po zastosowaniu metody napotnej (przez mokre owijania). 17-go dnia po porodzie, przy przestrzykiwaniu macicy, wykonanem z powodu obfitych czysto ropnych wydzielin, usunięto oddzieloną już część łożyska, którego obecności w macicy nie przypuszczano. Żadnego nienormalnego krwawienia podczas połogu nie było. Chora następnie szybko wyzdrowiała zupełnie. Dyskusję nad tym odczytem, z powodu późnej godziny, odłożono.

V. Kol. *Stankiewicz Cz.* przedstawia macicę w szóstym miesiącu ciąży. Preparat pochodzi od 17-letniej dziewczyny, która, będąc porzucona przez kochanka, w przystępie rozpaczy zażyła kwasu octowego. Śmierć w cztery dni po zatruciu się przy objawach krwawych wymiotów i nieustającej biegunki. Wycięta w całości macica ciężarna ma długości 27 ctm.; szerokość jej u podstawy trzonu wynosi 17 ctm. S. demonstruje rozmaite kierunki cięcia cesarskiego: klasyczny — podłużny, poprzeczny Fritsch'a—na dnie macicy, poprzeczny Kehrer'a — na przedniej powierzchni, następnie oznacza położenie łożyska, w danym razie na przedniej ścianie (kierunek równoległy jajowodów — oznaka Leopold'a-Bayera).

Przecięcie preparatu na posiedzeniu. Wody płodowe koloru brunatnego, bez zapachu, w ilości około 250 ctm.[3]. Płód płci żeńskiej, prawidłowo rozwinięty, w położeniu IIb. Łożysko, jak było do przewidzenia, na przedniej ścianie.

Preparat zachowany w 4% rostworze formaliny.

Posiedzenie z dnia 22 lutego 1899 r.

I. Dyskusja z powodu odczytu kol. *Rundy:* przypadek posocznicy.

Kol. *Saks* nie zgadza się z określeniem nozologicznem przypadku nazwanego przez R. septicemją popołogową. Posocznica (septicemja) to cierpienie zakaźne całego ustroju; z ogniska pierwotnego sprawa szerzy się za pośrednictwem naczyń limfatycznych. Najzłośliwsze postacie sept. — to te, kiedy obok ogólnych objawów nie mamy żadnego umiejscowienia (np. para- lub perimetritis—przy sept. popołogowej); te przypadki kończą się śmiercią po 5—7 dniach; gdy sept. trwa dłużej zawsze znajdujemy po za wrotami zakażenia umiejscowienia choroby w postaci np. zap. otrzewnej, opłucnej i t. p. S. nie słyszał o posocznicy popołogowej, 14 dni trwającej i niedającej objawów umiejscowionych. W przypadku R. objawy ogólne zależały najprawdopodobniej od rozkładu cząstki łożyska, ewent. od martwicy części ściany macicznej. Czyż mamy prawo nazwać sprawę zależną od rozkładu anatomicznie ograniczonej tkanki, trwającą dni 14, nie szerzącą się, dającą objawy zatrucia całego ustroju — septicemją? Żadne objawy przy zgorzeli płuc np. nie pozwolą sprawy tej nazwać septicemją, dopóki nie zobaczymy jakiegoś zapalenia opon mózgowych, zap. opłucnej lub t. p. Lub w przypadku osteomyl. tibiae, z chwilą gdy rozpoznamy ognisko cierpienia, mówić będziemy o tej chorobie, chociażby objawy ogólne były zupełnie też same, co przy septicemji, i leczyć będziemy miejscowo; jeśli jednak sprawa przez naczynia limfatyczne przejdzie np. na otrzewną — wtedy otwarcie ropnia w kości nie usunie choroby, bo wtedy mamy chorobę całego ustroju, posocznicę. Więc septicemją popołogową nazwać można tylko taki przypadek, w którym wrotami zakażenia są narządy rodne, ale sprawa, o ile trwa więcej niż jakie dni 7, rozszerzyła się i na inne narządy. Przypadek R. może był sapraemia, może endometr. septica, ale nie septicemja. Ta różnica w terminologji ważną jest ze względu na rokowanie i leczenie. Sprawę miejscową miejscowo leczyć należy; przy posocznicy jesteśmy bezbronni. Polepszenie raczej z oddzieleniem się wspomnianego kawałka tkanki, aniżeli z zabiegami wodoleczniczymi związać należy. Kol. *Goldman:* Zastrzyknięta ilość (30 ctm.[3]) surowicy Marmorka nie daje prawa do żadnych wniosków o skuteczności tego środka; zastrzykują po 100, nawet po kilkaset cm.[3]. Kol. *Przedborski:* Co się tyczy klasyfikacji spraw zakaźnych, to, np. w laryngologji, Semon, opierając się na badaniach Jordana, wszystkie takie sprawy, jak wrzód gardzieli, angina Ludovici, róża gardzieli, ostra choroba Senatora i t. p., ogarnia wspólną nazwą chorób zakaźnych, nie odróżniając wcale spraw septycznych od nieseptycznych. Wobec tego, że surowica Marmorka przeznaczoną jest do zwalczania działalności streptoc. pyog. — R., nie wiedząc, jakie drobnoustroje są przyczyną zakażenia w jego przypadku, nie powinien

był leku tego użyć. Kol. *Kaufman:* Żałować wypada, że R. uległ powadze konsultanta i w swoim czasie macicy nie zbadał; nawet najdokładniejsze obejrzenie łożyska nie wyklucza możności omyłki. W zapatrywaniach na leczenie spraw septycznych popołogowych zaszła zmiana; jeszcze przed paru laty panował nihilizm, dziś nawet w Niemczech chętnie łyżeczkują macicę w przypadkach odpowiednich.

Kol. *Rundo:* 1) Septicemją lekarz praktyczny nazywa sprawę chorobową zależną od ogniska rozpadu lub ropienia, przebiegającą ze znanymi burzliwymi objawami ogólnymi, nie dającą przerzutów; ani badanie krwi, ani rodzaj drobnoustrojów nie mogą być brane pod uwagę przy stawianiu rozpoznania w praktyce prywatnej. Wobec wystąpienia poprawy bezpośrednio po zastosowaniu leczenia napotnego trudno nie wyrazić zdania, że ono przyczyniło się do poprawy, gdyż do owej chwili nic polepszenia nie dawało. 2) Stosowano surowicę Marmorka, gdy nie widziano poprawy po innych lekach; o złych jej skutkach nie słyszał; zastosował bez badania bakterjologicznego—analogicznie do tego, jak się stosuje surowicę Behringa bez poszukiwania laseczników Loefflera. 3) Zastrzyknął tylko 30 cm.^{3}, bo i tę ilość przywieść w dwu dawkach trzeba było. 4) O okolicznościach przeszkadzających zbadaniu macicy mówił w odczycie, więc ich nie powtarza.

II. Kol. *Pinkus* mówi o wynikach notowania przypadków chorób zakaźnych, leczonych przez lekarzy w czasie r. 1898-go. Po przytoczeniu ułożonych przez siebie tablic statystycznych mówi o różnych powodach niedokładności tej statystyki.

Obecni wyrazili koledze Pinkusowi uznanie za jego w tym kierunku pracę i prosili, by i nadal dane statystyczne o ruchu chorób zakaźnych w Łodzi opracowywać zechciał.

III. Kol. *Saks:* Przyczynek do cucenia noworodków za pomocą metody Laborde'a. Dnia 5 lipca r. 1892 zakomunikował Laborde pierwsze 2 przypadki skutecznego na topielcach zastosowania swej metody ożywiania. Metoda ta polega na rytmicznem, w tempie naturalnego oddechu dokonywanem, pociąganiu języka, najlepiej za pomocą 2 palców owiniętych w kawałeczek gazy lub chusteczkę. Wkrótce znalazła ta metoda zastosowanie przy cuceniu pozornie zmarłych noworodków. Wspomniawszy w kilku słowach o rozmaitych postaciach pozornej śmierci noworodków, wykazał prelegent zalety i braki prawie powszechnie u nas stosowanej w celu cucenia noworodków metody Szulcego; nie posiada tych braków metoda Laborde'a, a ma jeszcze i pewne zalety, albowiem pozwala np. stosować cucenie w kąpieli ciepłej, wskutek czego noworodek nie oziębia się. Z punktu widzenia teoretycznego nie należałoby się spodziewać dodatnich rezultatów od metody Laborde'a przy głębokich stopniach asfiksji, praktyka zadaje jednak kłam tym apriorystycznym przypuszczeniom. Przytoczywszy kilka przykładów skutecznego zastosowania omawianej metody, gdy wszelkie inne zwykle stosowane środki zawiodły, S. wspomniał też o kilku przypadkach bezskutecznego zastosowania metody Laborde'a. W końcu zachęca kolegów do stosowania w praktyce metody Laborde'a.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI
szpitala fabryk Tow. Akc. Karola Szejblera w Łodzi
za rok 1898-my.

Podał Dr. **H. Olszewski.**

W szpitalu Szejblerowskim [1]) w ciągu roku 1898 leczyło się osób 433, w tej liczbie: 211 mężczyzn, 218 kobiet i 4 dzieci. Zupełnie zdrowych wypisano osób 151, z polepszeniem—208, bez polepszenia—31, zmarło osób 29 (odsetka śmiertelności = 6,69).

Operacji chirurgicznych wykonano na chorych szpitalnych — 53, na przychodnich — 117. Poważniejszych operacji w roku ubiegłym było wyjątkowo niewiele. Na wzmiankę zasługują: dwie owarjotomje, wycięcie nerki gruźliczej, amputacja ramienia i przedramienia, operacja zeszycia przetoki pęcherzowo-pochwowej i kiszkowo-pochwowej, dwa operowane przypadki przepukliny uwięźniętej (w trzecim przypadku już po zachloroformowaniu chorego udało się odprowadzić uwięźniętą pętlicę jelita), zeszycie pękniętej rzepki, cały szereg pomniejszych ginekologicznych operacji, jak np. colporrhaphia, colpoperineorrhaphia, wreszcie jedna operacja zaćmy, dwie iridectomje, oraz parę plastycznych operacji na powiekach.

Kąpieli leczniczych wydano chorym szpitalnym — 2933, przychodnim — 1094.

Lwią część wszystkich chorych stanowili suchotnicy obojga płci (13,6%). Najliczniejszy zastęp suchotników w szpitalu miewamy wiosną i jesienią. Charakterystyczny obraz można było oglądać jesienią roku zeszłego na salach naszego szpitala:

Na sali kobiet siedem suchotniczek, jedna obok drugiej; przebieg u wszystkich ostry. Jedna z nich z ogromnym wysiękiem w opłucnej, inna—oprócz gruźlicy płuc, ma gruźlicę pęcherza. Tuż obok, w osobnym pokoiku, dwie chore: jedna sparaliżowana z powodu gruźlicy kręgów szyjowych (malum Potti), około niej chora po wycięciu nerki gruźliczej — konająca. Na pierwszem piętrze, u mężczyzn, na osobnej sali, li tylko dla suchotników przeznaczonej, sześć łóżek zajętych: dwóch chorych z suchotami krtani, czterech z gruźlicą płuc i kiszek. Obok, na sali opatrunkowej, leży szesnastoletni chłopak z gruźlicą stawów, koło niego towarzysz o dwa lata starszy — z gruźlicą żeber, a naprzeciw — tęgi, wysoki mężczyzna z tegoż rodzaju sprawą w kości biodrowej prawej, oczekuje na operację.

Jakiego uczucia musi doznawać lekarz, wchodząc na salę wobec tylu gruźliczych, którym tak rzadko pomódz może!

Tego rodzaju chorzy zwiększają znakomicie odsetkę ogólnej śmiertelności w naszym szpitalu. W ciągu ubiegłego roku zmarło 13 osób na suchoty.

W tem miejscu niech mi wolno będzie powiedzieć słów kilka o owej chorej na gruźlicę nerek. W roku 1897 przyszła do ambula-

[1]) Szpital istnieje od lat 16. Personel lekarski szpitala stanowią: J. Michalski (sala męska wewnętrzna) i H. Olszewski.

torjum panna M. C., lat 20 licząca, skarżąc się na ogólne osłabienie, przyczem oznajmiła, że mocz często bywa krwawy, mętny. Z tego powodu zapisaną została do szpitala. Przy badaniu znaleziono guz w prawem podżebrzu, w moczu sporo krwi, ropy i laseczniki Kocha. Pęcherz nie zajęty, rzeżączki nie było, zresztą błona dziewicza nienaruszona. W płucach zmian nie znaleziono. W rodzinie gruźlicy nie było. Mieliśmy więc do czynienia z pierwotną gruźlicą nerki. Zaproponowano operację, lecz chora zgodzić się nie chciała. Po miesiącu wypisana na własne żądanie. Wkrótce wyszła za mąż. W styczniu r. 1898 przywieziono ją powtórnie do szpitala. Od miesiąca gorączkuje: wieczorem ciepłota dochodzi do 40,°5C. Krew od trzech tygodni stale w moczu, ropy b. dużo. Guz w prawem podżebrzu znacznie się powiększył. Lewa nerka nie powiększona, nie wymacalna, przy ucisku nie bolesna. Stan chorej b. poważny. Dokonano operacji wycięcia nerki prawej (kolega A. Krusche). Po operacji ciepłota opadła; krwi i ropy w moczu niema, chora zaczyna się poprawiać, łaknienie powróciło. Jednakże w niespełna miesiąc znów zauważono w moczu ślady ropy. W sprawę chorobową wciągniętą została nerka lewa. Od tej pory stan chorej stale się pogarszał: ropy było coraz więcej, upadek sił coraz znaczniejszy. W końcu sprawa przeszła i na pęcherz, zjawiło się częste parcie na mocz, bóle przy urynowaniu, wreszcie nietrzymanie uryny. Chora żyła jednak jeszcze trzy kwartały, zmarła na początku listopada przy objawach mocznicowych (bóle głowy, zawroty, wymioty, duszność). Kto wie, gdyby się zgodziła na operację podczas swego pierwszego pobytu w szpitalu, może byłaby uratowaną.

Cierpienia kobiece zajmują drugie, co do ilości, miejsce po suchotach. Tego rodzaju chorych było w ciągu ubiegłego roku przeszło 60. Mieliśmy dwa przypadki rzucawki (eclampsia). Jedna z chorych była w VIII, druga w IX miesiącu ciąży. U tej ostatniej skonstatowano znaczny obrzęk kończyn dolnych i twarzy, oraz dużą ilość białka w moczu. U pierwszej — obrzęki nieznaczne. Oba przypadki były bardzo ciężkie. Chore rozwiązano za pomocą obrotu na nóżki. U pierwszej chorej drgawki wkrótce ustały i przytomność wróciła, u drugiej (z obrzękami) drgawki trwały jeszcze w ciągu dwóch dni po rozwiązaniu. Zejście dla matek i dzieci pomyślne. Następnie było siedm przypadków gorączki połogowej, zakończonych pomyślnie. Jednej z położnic, która przybyła do szpitala w tydzień po połogu, z gorączką do 41°C. dochodzącą, w stanie krańcowej niedokrwistości i prawie bez tętna, wydobyto z macicy gnijące łożysko (nasze akuszerki!). Chora wyzdrowiała. Kilkanaście chorych przyjęto do szpitala z powodu silnego lub długotrwałego krwawienia po poronieniu. W dwunastu przypadkach dokonano wyskrobania jamy macicznej

Mieliśmy dwa przypadki raka macicy. Ponieważ obie chore zgłosiły się do szpitala: a) w stanie silnego wyniszczenia, b) kiedy już przez sprawę chorobową zajęte zostały, prócz macicy, sklepienia i znaczna część pochwy — do operacji radykalnej nie przystępowano.

Torbieli jajników było 4. W jednym przypadku u 17-letniej dziewczyny, guz był tak ruchomym i na tak długiej i cienkiej osadzony szypule, iż rozpoznanie do samej operacji wahało się między

guzem jajnika a bąblowcem sieci. W innym znów — chora przybyła do szpitala z powodu silnych bólów w brzuchu i wymiotów. Rozpoznano ciążę w IV-ym miesiącu, powikłaną guzem jajnika lewego. Jednak do owarjotomji nie przystąpiono (choć, jak wiadomo, ciąża w pierwszych miesiącach przeciwwskazania nie stanowi) ze względu na to, że guz był niezbyt duży, ruchomy i znajdował się w miednicy dużej; spodziewać się więc należało, że przeszkody porodowej stanowić nie będzie. Później się dowiedziałem, że w istocie tak było — chora odbyła połóg szczęśliwie.

Pozostałe przypadki — to cały szereg zapaleń wewnątrzmacicznych i okołomacicznych, przeważnie na tle rzeżączki, w połączeniu z całym zastępem objawów hysterycznych, kilka przypadków zapalenia jajników, dwa przypadki zapalenia tkanki przymacicznej, wreszcie kilka przypadków opuszczenia i wypadnięcia macicy i pochwy, przyjętych do szpitala w celach operacyjnych.

Wypada mi w tem miejscu uczynić wzmiankę o następującym przypadku. W lutym roku zeszłego zjawiła się do szpitala kobieta tęga, dobrze zbudowana, skarżąc się na zawroty głowy, wymioty, dziwne osłabienie, ból w krzyżu i obfite krwawienia z części rodnych, przyczem zaznaczyła, że jest w III miesiącu ciąży, lecz że brzuch wydaje jej się nienaturalnie dużym. Chora jest po raz IX w ciąży, jednak przy żadnem dziecku tak nie cierpiała, jak teraz. Przy badaniu okazało się, że trzon macicy sięga prawie do pępka. Chorą zatrzymano w szpitalu. W ciągu trzech tygodni macica tak się nadmiernie powiększyła, iż dno jej sięgało łuku żeber i wyrostka mieczykowatego. Nie było najmniejszej wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z zaśniadem groniastym, a może i deciduoma malignum. Ponieważ częste krwawienia zbytnio chorę wycieńczały, a olbrzymi brzuch sprawiał silną duszność i masę innych dolegliwości, więc przyśpieszono poród. Wydobyto przeszło trzy kwarty zaśniadu, przyczem krwawienie było b. obfite. W dwa tygodnie później wyskrobano macicę, gdyż krwawienia wciąż trwały. W miesiąc chora opuściła szpital w stanie zupełnie zadawalniającym.

Zapaleń płuc było przypadków 17, dwa śmiertelne. Zapalenia opłucnej wysiękowego — przypadków 8. Gośćca stawowego i mięśniowego było przypadków 34.

Nowotworów złośliwych było przypadków 14: 2 przypadki raka macicy, jeden rak sutki, 2 nowotwory nerek, 1 rak odbytnicy, 1 guz złośliwy w okolicy kiszki ślepej, pozostałe przypadki to rak żołądka.

Jeszcze jednego rodzaju chorych fabryka obficie dostarcza do szpitala, mianowicie chorych z owrzodzeniami goleni (ulcera varicosa). W roku zeszłym leczyło się w szpitalu naszym 12 chorych z wrzodami goleni. Jedna taka chora już rok cały leży w szpitalu. Owrzodzenia, co prawda, miała nadzwyczaj obszerne, modzelowate. Gdy po kilku miesiącach wrzody nie okazywały skłonności do zagojenia się, pomimo stosowania rozmaitego rodzaju środków, dokonano przeszczepienia skóry sposobem Reverdin'a-Thiersch'a, po usunięciu chorej ziarniny i części modzelowato zwyrodniałych. Wszystkie pięć przeszczepionych płatów się przyjęło. Obecnie chora już jest na ozdrowieniu.

Nie będę wyliczał szczegółowo innych chorób, ograniczając się do wzmianek o ważniejszych.

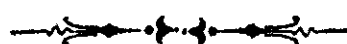
Z pomiędzy kilku przypadków oparzeń dwa były śmiertelne: 1) jeden z robotników wpadł do kotła z ługiem i na III dzień zmarł w szpitalu. 2) młoda dziewczyna przez nieostrożność zapaliła na sobie ubranie; poparzone plecy, biodra, piersi i twarz; zejście śmiertelne.

Robotnik, już niemłody, cierpiący na padaczkę, przybył do szpitala ze złamaną rzepką, która mu pękła podczas ataku drgawek na ulicy.

Do ciekawszych i rzadszych wypadków należy następujący: dwudziestokilko-letnia kobieta, VII-go dnia po połogu, wróciwszy z miasta (czuła się zupełnie zdrową), dostała bólu głowy, dreszczy, wymiotów i silnej gorączki. Nazajutrz przywieziono ją do szpitala, gdzie skonstatowano szkarlatynę. Typowa wysypka, obrzmienie gruczołów podszczękowych, nalot w gardzieli, brak jakichkolwiek objawów chorobowych ze strony narządów rodnych — wszystko to czyniło rozpoznanie łatwem. W dodatku tegoż dnia noworodek dostał drgawek, gorączki i na ciele malca pojawiła się takaż sama wysypka, jak u matki. Przebieg u obojga nadzwyczaj ciężki. Matka wciąż była na pół przytomna, skarżyła się na silny ból głowy, wymiotowała jeszcze kilka razy, ciepłota 40—40,5°C. Trzeciego dnia — śmierć matki i dziecka. Nasuwa się pytanie, czy czasem nie przez łożysko zarazek dostał się do organizmu dziecka.

Z ciekawszych przypadków nerwowych godne są uwagi następujące: a) Nowotwór móżdżka u czternastoletniego chłopca (djagnoza kliniczna); b) Dwa przypadki rozsianego zapalenia nerwów u mężczyzn; c) Dwa ciężkie przypadki zajęcia mózgowia, powstałe na tle kiły, z zejściem pomyślnem.

W końcu słów parę o przypadku, który, ściśle biorąc, powinien być zamieszczonym w sprawozdaniu za rok bieżący, jednakże ze względu na to, że chora przybyła do szpitala na kilka dni przed nowym rokiem, pomieszczam go tutaj. Chora 10-go dnia po połogu dostała nagle silnego bólu głowy, poczem wystąpiło porażenie połowiczne prawostronne. W szpitalu przy badaniu znaleziono: prawa górna i dolna kończyny w stanie zupełnego bezwładu, przyczem prawa dłoń w ciągłych rytmicznych drgawkach. Chora nie może sama oddawać moczu, zaparcie. Prawostronna ptosis; język zbacza na prawo. Czucie w kończynach porażonych zachowane; odruch kolanowy po stronie prawej nieco wzmożony. Ból głowy. Macica niebolesna, rozpulchniona. W prawem parametrjum nieznaczny wysięk. Z części rodnych obfite, cuchnące wydzieliny. Stan bezgorączkowy. W płucach i sercu zmian żadnych; mocz bez białka. Dziś, po upływie kilku tygodni, stan chorej o tyle się poprawił, że chodzi już o własnej sile, mocz oddaje sama, bóle głowy ustały, a górną kończyną już poruszać może, choć z trudnością. Powyższego przypadku—zatoru mózgu w okresie połogowym z zejściem pomyślnem—do częstych zaliczyć nie można.



WIADOMOŚCI DROBNE.

— *W sprawie spoczynku po jedzeniu* pisze Dr. Beerwald (w Zt. f. diät. u. phys. Ther. II. 2): Wszelka praca związana jest ze spalaniem, które zachodzić może tylko w obecności tlenu; więc do narządu i tkanki pracującej musi dopływać najwięcej krwi. Trawienie jest też pracą, więc rzeczą niezdrową i niemądrą jest zajmować ustrój jakąś inną pracą w czasie trawienia; bo przez to dopływ krwi się rozstrzela, żadna praca nie jest wykonaną porządnie; dla narządów trawienia jest to tem dotkliwsza strata, że część pożywienia zostaje nieprzyswojoną, co równa się stracie ekonomicznej.

To proste rozważanie ponownie dowodzi, jak wielkie zadania w dziedzinie polityki socjalnej leżą na barkach lekarzy, i jak wielkiem to złem dla narodu, gdy jego lekarze o tych obowiązkach nie pamiętają. Jeśli robotnik, wydatkujący na swe pożywienie np. 50 fenigów dziennie, nie może strawić i przyswoić wszystkich składników spożytego pokarmu, to ztąd płyną niedające się obliczyć straty zarówno dla niego samego, jak i dla dobra ogólnego.

Dwugodzinny odpoczynek po obiedzie jest żądaniem zarówno hygjeny, jak i polityki socjalnej.

— *Przy zwężeniu zastawki dwudzielnej* zaleca Oertel następującą djętę (tytułem przykładu): godzina 7 rano: 100 g. mleka, ½ bułki (20 g.), 15 g. masła; o g. 7½ — 2 jajka na miękko; o g. 10 — 50 g. szynki i ½ bułki; o g. 11— 75 cm³ rosołu na 50 g. mleczka cielęcego; o g. 12½ — 70 g. mięsa pieczonego, 20 g. jarzyny (kapusta), 20 g. kawioru niesłonego, ½ bułki; o g. 2-ej - 100 g. leguminy; o g. 4-ej—150 g. maślanki; o g. 5-ej — 15 g. masła, 30 g. sera, ½ bułki; o g. 7-ej—70 g. drobiu pieczonego, 50 g. kompotu z jabłek, ½ bułki; o g. 8-ej — 100 wody z cukrem; o g. 9-ej — 100 g. mleka.

Przy niedomykalności zastawki dwudzielnej: śniadanie: 150 g. mleka, 2 jajka, 1 bułka; drugie śniadanie: 50 g. mięsa (szynka), 25 g. kawioru, 125 g. wina, ½ bułki; obiad: 150 g. mięsa pieczonego, 50 g. sałaty, 100 g. jarzyny, ½ bułki, 125 g. wina; podwieczorek: 1 bułka, 30 g. masła, 150 g. mleka; kolacja: 100 g. mięsa, 100 g. kompotu z jabłek, ½ bułki, 125 g. wina.

(Leyden Hb. der Ern. Ther. II).

— *Przy czyrakach* zaleca (Presse med. 1899. 28. I.) Brock wewnętrzne użycie *drożdży świeżych;* 1—2 łyżeczek świeżo od piwowara przyniesionych drożdzy zmieszać dobrze z niewielką ilością piwa, wody, miodu.

(Wracz. 1899. № 5).

— Znaczną ulgę podczas dni upalnych stanowi *pogrążenie dłoni i stóp do wody chłodnej* lub okłady zimne na nie. Obfitość nerwów w tych okolicach ciała łatwo tłumaczy ten objaw, zarówno jak i to, że np. powierzchnia skóry rąk jest bardzo znaczną, przewyższa bowiem powierzchnię skóry na piersiach. Dla tego w celu ochłodzenia ustroju, np. gorączkującego, zabiegiem bardzo odpowiednim jest przyłożenie zimnych okładów do rąk i nóg.

(Zt. f. diät. u. phys. Th. II. 2).

— Strubell (Münch. M. W. 1898. № 29) gorąco poleca przy leczeniu miejscowem wąglika: wstrzykiwania z 3% kw. karbolowego i okłady gorące (50—55° C). Jednemu choremu zrobiono w ciągu 18 dni przeszło 400 takich zastrzyknięć (po 1,0), nie wywołując przy tem objawów zatrucia.

— Otis, pisząc o leczeniu suchot, poleca *wyciąg słodowy jako bardzo dobrą przyprawę do tranu*. Mówiąc o stosowaniu chłodnych obmywań, zaleca chorym łatwo ziębnącym stać podczas tego zabiegu w szafliku z wodą ciepłą, z ciepłym okładem na dołku.

— *Przeciw wymiotom* po odurzeniu chloroformowem zaleca Thorance Rugh trzymać chustkę napojoną octem pod nosem chorego. Ocet wywołuje, jak się zdaje, obfite wydzielanie się śluzu na błonę śluzową dróg oddechowych, a dzięki temu ochrania zakończenia nerwu błędnego od podrażnienia.

(All. Med. C.-Ztn. 1898. № 86).

— Lövy podaje następujący sposób *maskowania* smaku takich leków, jak *olej rącznikowy*, *tran:* do kieliszka zwężającego się ku dołowi wlewamy nieco piwa, na to lejemy lek, a na wierzch — piany piwnej; całą tę porcję zażyć jednym łykiem. (Ther. M. 1899. II.).

— Jeżeli pokój obity białym papierem oświetlimy dziesięcioma świecami, to dla otrzymania takiego samego oświetlenia przy innem obiciu musimy użyć więcej świec. W pokoju z obiciem jasnopomarańczowem będziemy potrzebowali 13 świec, z jasno-zielonem 15, jasno-żółtem 17, niebieskiem 23, ciemno-żółtem 31, jasnoczerwonem 43, ciemno-zielonem 70, ciemno-niebieskiem 108.

(Wszechświat 1899. № 7).

KRONIKA.

Wspomnienie pośmiertne.

Ś. p. Dr. Aleksander Jopkiewicz.

W miasteczku Bodzentyn, kieleckiego powiatu, zmarł dnia 18-go b. m., po ciężkiej chorobie lekarz, Aleksander Jopkiewicz, w wieku lat 38, osierociwszy żonę i czworo drobnych dzieci.

Padł na posterunku, zaraziwszy się tyfusem plamistym u łoża chorego biedaka, któremu niósł pomoc. Bezwzględna prawość, wielkie poczucie obowiązku i prawdziwie obywatelskie zalety duszy przedwcześnie zgasłego, zjednały mu powszechny szacunek i szczere przywiązanie wśród ludności okolic gór Świętokrzyzkich.

(„Gaz. Radomska“ 1899, № 16).

Z inicyatywy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa przyrodników polskich imienia Kopernika utworzył się Komitet gospodarczy IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w połączeniu z wystawą przyrodniczo-lekarską w lecie 1900 roku w Krakowie. Przewodniczącymi Komitetu są prof. Dr. K. Kostanecki i prof. Dr. A. Witkowski, sekretarzem generalnym Doc. Dr. St. Ciechanowski, skarbnikiem Dr. J. Gwiazdomorski. W skład Komitetu wykonawczego wchodzą dalej: Prof. Dr. E. Bandrowski, Prof.

Dr. N. Cybulski, Prof. Dr. S. Domański, p. E. Heller, właśc. apteki, inż. R. Ingarden, prezes i delegat Tow. techn. krak. Dr. A. Kwaśnicki, Doc. Dr. L. Kryński, Prof. Dr. S. Ponikło, Doc. Dr. J. Raczyński, Dr. M. Śliwiński, Dr. J. Sarzycki, Prof. Steingraber, delegat Tow. techn. krak., Dr. St. Tołłoczko, Prof. Dr. L. Wachholz, Prof. Dr. A. Zarewicz. Do pełnego Komitetu gospodarczego należą oprócz już wymienionych: Prof. Dr. O. Bujwid, Prof. Dr. E. Godlewski, Prof. R. Gutwiń ki, Prof. Dr. H. Hoyer. Prof. Dr. M. L. Jakubowski, Prof. Dr. H. Jordan, Radca dworu Prof. Dr. E. Korczyński, Prof. I. Kranz, Prof. Dr. K. Klecki, Dr. M. Kohn, Prof. Dr. J Łazarski, Doc. Dr. W. Łepkowski, Dyr. I. Petelenz, prezes Tow. im. Kopernika, Prof. Dr. P. Pieniążek, prezes Tow. lek., Prof. Dr. J. Rostafiński, Doc. Dr. A. Rosner, Prof. Dr. M. Rudzki, Doc. Dr. L. Świtalski, Radca Prof. Dr. B. Wicherkiewicz, Prof. Dr. K. Żórawski.

Skład sekcyi Komitetu gospodarczego zostanie później ogłoszony.

Doc. Dr. Ciechanowski
sekretarz generalny.
(Kraków, Karmelicka 25.)

Konkurs na nagrodę Dr. Jonatana Warschauera.

Akademia Umiejętności w Krakowie ogłasza niniejszem konkurs na nagrodę, ustanowioną przez Dr. Jonatana Warschauera, wyznaczając na temat pracy konkursowej:

„Naukowe uzasadnienie organoterapii na podstawie własnych doświadczeń.“

„Praca konkursowa ma zawierać zwięzły zarys historyczno-krytyczny organoterapii, oraz własne doświadczenia autora. Nie wymaga się jednak, żeby doświadczenia autora obejmowały wszystkie dotychczas znane środki; owszem autor może opracować dokładnie tylko jeden, bądź już znany, bądź też zupełnie nowy środek.“

Nagroda konkursowa wynosi 1,200 złr. w. a.

Prace konkursowe należy nadsyłać bezimiennie do Akademii Umiejętności w Krakowie po dzień 31 grudnia 1900 r., z dołączeniem koperty, zawierającej wewnątrz nazwisko i adres autora. Rękopis pracy i koperta mają być zaopatrzone tem samem godłem.

Akademia ogłosi rozstrzygnięcie konkursu na posiedzeniu publicznem w maju 1901 r., a wypłaci nagrodę po złożeniu już wydrukowanej pracy w rocznicę zgonu Dr. J. Warschauera, to jest 10-go listopada.

W Krakowie, dnia 10 lutego 1899.

Sekretarz generalny
St. Smolka.

— *Towarzystwa ubezpieczenia robotników i pogotowie ratunkowe.* Zejście chorób urazowych, zatruć, oparzeń i t. p. przypadków, zależy w znacznym stopniu od postępowania leczniczego, przyczem szczególniej ważnem jest, by pierwsza pomoc była podaną racjonalnie i jak najprędzej po zdarzeniu nieszczęśliwem. W interesie towarzystw.

które ubezpieczają robotników od skutków zdarzeń nieszczęśliwych, leży, by skutki te, t. j. zejście przypadku, było jaknajpomyślniejsze, bo wysokość strat towarzystwa pozostaje w stosunku odwrotnym do tego zejścia. Ztąd wniosek jasny, że te towarzystwa dla dobra własnej kieszeni utrzymywać lub popierać powinny wszelkie urządzenia, mogące zmniejszyć ujemne skutki zdarzeń nieszczęśliwych, jakie zachodzą przy pracy robotników fabrycznych.

Obecnie w razie wypadku w fabryce krwotoki tamuje, opatrunek doraźny na ranę lub kończynę złamaną nakłada, oparzenie owija — felczer (czasem... majster fabryczny); lekarza rzadko kiedy udaje się na razie powołać.

Dzięki inicjatywie d-ra W. Pinkusa i Komitetu hygjenicznego Tow. Lekarskiego Ł. ma wkrótce rozpocząć w Łodzi swą działalność pogotowie ratunkowe; o roli tej instytucji nie potrzebujemy chyba czytelnika objaśniać. Specjalne znaczenie nowej instytucji dla fabryk jest również zrozumiałe; pierwszą pomoc, poda lekarz, który w najkrótszym czasie do chorego zdąży; zarazem zaś odpowiedni pojazd odwiezie chorego do mieszkania lub szpitala, co wszystko wpłynie na lepsze zejście przypadku. O takich właśnie skutkach działalności pogotowia ratunkowego świadczy statystyka zejść chorób urazowych fabrycznych w Berlinie (p. Schlesinger: Arbeitsversicherung und Einrichtungen zur ersten Hülfe bei Unglücksfällen. IX Kongr. międzyn. Hygjeny w Madrycie. 1898).

Jak wszędzie, tak i w Łodzi, pogotowie założonem być musi i utrzymywanem z ofiarności publicznej. Ale obok tego źródła dochodów musi ono być poważnymi wnioskami popieranem przez towarzystwa ubezpieczeniowe. Jeśli do wspomnianych już powodów dodamy, że te towarzystwa pobierają w Łodzi ogromne sumy, że więc pewna z ich strony ofiarność na rzecz dobra ogólnego byłaby wogóle na miejscu, natenczas spodziewać się możemy, że pierwsze ofiary na urządzenie i najpoważniejsze składki stałe pochodzić muszą ze strony towarzystw w mowie będących. Rozumowanie powyższe tyczy się i tych z właścicieli fabryk, którzy nie korzystają z usług ubezpieczenia. Niezależnie od składek, które na równi z innymi obywatelami wnosić będą—powinni i oni widzieć w pogotowiu urządzenie, służące pośrednio ich interesom, i w odpowiedni sposób je popierać.

(—) *Z piśmiennictwa.* Od stycznia bieżącego roku wychodzi w Krakowie miesięcznik „Postęp okulistyczny“, wydawany przez prof. d-ra Bolesława Wicherkiewicza. Okulistyka dziś stanowi tak obszerny odłam umiejętności lekarskich i tylu już ma przedstawicieli, iż we wszystkich cywilizowanych krajach wychodzą pisma perjodyczne tej specjalności poświęcone. I u nas liczba okulistów dziś już jest dość pokaźna, a prace ich rozrzucone po czasopismach zagranicznych lub też ogólno-lekarskich polskich, łatwo mogą zapełnić szpalty specjalnego organu. „Ześrodkować“ ten własny duchowy dorobek, zgromadzić w jeden obóz pracowników rozrzuconych po różnych czasopismach, oto jest zadanie nowego specjalnego organu. I tego też szczerze życzymy szanownemu wydawcy „Postępu.“

№ 1 zawiera: „Kilka słów w sprawie rozmiękczenia rogówki (keratomalacji) u noworodków“ i „Przetoki rogówko-twardówkowe po operacji zaćmy powstałe“, przez B. Wicherkiewicza; „Ropień powieki górnej jako przyczyna ropo-posocznicy“, przez Józefa Talkę. Następnie idą streszczenia, sprawozdania z towarzystw lekarskich w Hamburgu i w Jenie, bibliografja, drobne wiadomości lecznicze i rozmaitości, wreszcie sprawy „osobowe“.

× Do ambulatorjum przy szp. św. Łazarza zgłosił się młody grek, u którego rozpoznano *trąd*. Ponieważ pacjent poprzednio mieszkał w Łodzi, trudniąc się wespół z innymi ziomkami sprzedażą gąbek i pantofli, z rozkazu Naczelnika Kraju polecono przedsiewziąć środki przeciw zawleczeniu trądu do Królestwa Dnia 5 lutego komisja złożona z pp. Inspektora urzędu lek. gub. Piotrkowskiej, 2 lek. miejskich, przy współudziale 3 lek. — specjalistów chor. skórnych, wobec przedstawiciela policji, dokonała szczegółowych oględzin 12 osób, t. j. 9 mężczyzn, oraz 3 kobiet, pochodzących z tegoż samego miasta (Kalimnos, w Grecji) i mieszkających razem w Łodzi. Badanie nie wykryło żadnych podejrzanych objawów.

Cały zapas towaru (pantofli), jaki był w mieszkaniu tych osób— spalono, przyczem zarząd miasta wynagrodził ztąd powstałe straty (rb. 2000).

— Na posiedzeniu wydziału hygjeny zawodowej i przemysłowej W. Tow. Hyg. (26. I.) uznano, że: wydział ma główną uwagę zwrócić na zastosowanie ogólnych wymagań hygjenicznych we wszelkich zakładach przemysłowych bez względu na rodzaj przedsiębiorstwa; prosić ludzi obeznanych z warunkami miejscowymi o opracowanie oddzielnych konkretnych kwestji i komunikowanie wyników wydziałowi, jako też badanie wszelkich rodzajów przemysłu, fabrykacji i rzemiosł, istniejących w Warszawie, oraz szkodliwości wynikających dla robotników z samego rodzaju produkcji.

— W Brześciu Litewskim otwarto nowy szpital kolejowy na 50 łóżek, zbudowano kosztem 136,000 rb.; szpital zbudowany jest z drzewa na murowanych fundamentach. Szpital składa się z następujących zabudowań:

Korpus główny, podzielony na dwie połowy: męską i żeńską, z oddziałami dla chorych chirurgicznych i terapeutycznych, tudzież z oddziałem położniczym. Do korpusu tego przylega duża przybudówka, gdzie mieszczą się: kuchnia, pralnia, kamera dezynfekcyjna i pokoje dla niższej służby szpitalnej; oddzielny korpus dla chorych zaraźliwych; oddzielny pawilon apteczny z laboratorjami i mieszkaniem prowizora; dom mieszkalny, w połowie zawierający mieszkanie dla jednego z lekarzy, a w drugiej dla pozostałego niższego personelu lekarskiego; kaplica przedpogrzebowa a przy niej dwie sale sekcyjne; oddzielny domek dla stróżów, wreszcie zabudowanie gospodarcze podwórzowe z 2-ma lodowniami, 2-ma piwnicami, śpiżarnią i t. p.

W korpusie głównym mieści się 8 pokojów o 1 łóżku, 5 pokoików po 2 łóżka, 8 po 3 i sala na 10 łóżek. Oddział dla chorych zakaźnych składa się tylko z pokojów pojedyńczych.

W szpitalu zaprowadzone jest oświetlenie elektryczne, oraz wentylacja za pomocą ogrzanego powietrza.

Personel lekarsko-służbowy nowego szpitala kolejowego składają: 3 lekarzy, aptekarz i jego pomocnik, 2 felczerów, 3 felczerki, akuszerka, 4 siostry miłosierdzia, 6 dozorczyń, intendent i kancelista, szwajcar, 2 służących, palaczka, 2 stróżów, 2 kucharki, 2 praczki—ogółem osób 31.

(Kurj. Warsz. 1899. Nr 42).

— W Iłży (g. Radomskiej) ma powstać szpital. Kosztorys budowy wynosi dwadzieścia tysięcy rubli.

(G. Rad. Nr 11).

— W Nr. 5 „Przeglądu Lekarskiego" czytamy: „...wydział lekarski krakowski uchwalił większością głosów przedstawić na katedrę chirurgii, opróżnioną przez śmierć nieodżałowanej pamięci prof. Obalińskiego, D-ra Kadera docenta z Wrocławia. Należy przy tem sprostować błędną wiadomość dzienników, że kandydatem wydziału jest „Dr. Kader z Łodzi."— Doc. D-ra Kadera powołano do objęcia dyrekcyi szpitala w Łodzi, ale dopiero po ukończeniu budującego się właśnie pawilonu chirurgicznego; obecnie zaś przebywa Dr Kader stale we Wrocławiu, jako docent tamtejszego uniwersytetu."

Prostując ostatnią wiadomość, zaznaczamy, że Doc. Dr. med. B. Kader pełnił obowiązki Naczelnego Lekarza Fabrycznego Szpitala Czerwonego Krzyża w Łodzi od chwili otwarcia tegoż szpitala, t. j. od maja roku 1897-go.

— Z prośbą o wydrukowanie nadesłano nam list następujący:

Do Redakcji „Czasopisma Lekarskiego."

Ponieważ nie jestem autorem wzmianek o mojej osobie, przedrukowanych w Nr. 1 „Czasopisma" w rubryce Kronika, uważam przeto za właściwe niniejsze wyjaśnienie.

Z poważaniem
Władysław Garliński.

Odpowiedzi redakcji.

Kol. Kr. Bo podmiotowe uczucie duszności (dyspnoe) nie zależy od stopnia zmniejszenia powierzchni oddechowej, lecz od głodu tlenowego tkanek całego ustroju, więc — bezpośrednio — nie od upośledzonego oddychania zewnętrznego, ale od niedostatecznego oddychania wewnętrznego: dla tego widzimy często, że uczucie to powstaje dopiero przy ruchu, t. j. przy wzmożeniu się zużycia tlenu w tkankach; dlatego też widujemy duszność np. przy chorobach krwi.

Kol. T. w R. Tak zwane „respiratory" mogą być przez robotników używane tylko w wyjątkowych wypadkach i to na krótko. Stale pracować z respiratorem na ustach nikt się nie zgodzi, bo ten przyrząd utrudnia oddychanie, zwiększa ilość wydzieliny jam ustnej i nosowej, zmusza do nieustannego milczenia przy pracy, wreszcie—zniekształca twarz. To też należy bezpośrednio oczyszczać powietrze izb fabrycznych od domieszek szkodliwych. Jeśli chcecie się osobiście o słuszności powyższego przekonać, polecić możemy respiratory różnych typów firmy Carl Wendschuh w Dreznie, C. Merz we Frankfurcie n. M., O. Neupert lub Harburg w Wiedniu.

Komitet Redakcyjny: J. Bireneweig, B. Handelsman, K. Jasiński, K. Jonscher, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, C. Stankiewicz.

Wydawca: Dr. J. Koliński. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою. Г. Лодзь, 16-го Февраля 1899 г.

W drukarni K. Kolińskiej, Łódź, Średnia 23.